**Nr sprawy: ZP/9/2021 Załącznik nr 1 do SIWZ - formularz oferty**

|  |
| --- |
| **Uniwersytet Medyczny w Łodzi****Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź****OFERTA**w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych na: **Przeprowadzenie szkoleń w ramach projektu Centrum Symulacji Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** |
| **Dane Wykonawcy:**Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………REGON: …………………………… NIP ………………………………Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: ………………………………………………………………………………Nr telefonu: ………………………………………….Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: e-mail ………………………………………………………………  |
| **Pakiet I****1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** |
| Szkolenie z zakresu: Ratownictwa przedszpitalnego w urazach |  | 12 |  |

słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………… Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług. |
| 1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***1. **Parametry jakościowe: Koło pediatryczne (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Koło pediatryczne* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** ***koła pediatrycznego.***1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**

W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZOświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z ratownictwa przedszpitalnego w urazach certyfikowanego, przez International Trauma Life Support w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:…………………. ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.*** **Wypisać:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp | Temat kursu  | Termin  | Odbiorca usługi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| **Pakiet II** **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** |
| Szkolenie z zakresu:Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dorosłych |  | 12 |  |

słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………… Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług.1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***1. **Parametry jakościowe: Plakaty szkoleniowe (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Plakaty szkoleniowe* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** ***plakatów szkoleniowych.***1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**

W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZOświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z zakresu Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dorosłych certyfikowanych przez Polską Radę Resuscytacji (PRC) w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:…………………. ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.*****Wypisać:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp | Temat kursu  | Termin  | Odbiorca usługi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pakiet III****1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** |
| Szkolenie z zakresu:Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dzieci |  | 12 |  |

słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………… Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług.1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***1. **Parametry jakościowe: Plakaty szkoleniowe (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Plakaty szkoleniowe* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** plakatów szkoleniowych***.***1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**

W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZOświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z zakresu Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dzieci certyfikowanych przez Polską Radę Resuscytacji (PRC) w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:…………………. ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.*****Wypisać:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp | Temat kursu  | Termin  | Odbiorca usługi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pakiet IV** **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** |
| Kurs podstawowy trenera symulacji medycznych |  | 30 |  |

słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………… Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług.1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***1. **Parametry jakościowe: Scenariusze do zajęć (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| *Scenariusze do zajęć* |  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** ***scenariuszy.***1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**

W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZOświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z zakresu stosowania symulacji medycznej jako metody dydaktycznej, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:…………………. ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.*****Wypisać:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp | Temat kursu  | Termin  | Odbiorca usługi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczenia:**1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy;
2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1;
5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi na zasadach opisanych we wzorze umowy, w *terminie do 30* dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;
6. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**

*(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczam, że jestem **(niepotrzebne skreślić)**:
* mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)
* małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)
* średnim przedsiębiorstwem(to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR).
 |
| * 1. **Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**
1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy

jest..............................................................................................................................e-mail: ………...……........………….…………………..……. tel: ....................................………………..; |
| * 1. **Spis treści:**

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:1. ..........................................................................................................................................
2. ..........................................................................................................................................
3. ..........................................................................................................................................
4. ..........................................................................................................................................
5. ..........................................................................................................................................
 |

**Formularz musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.**