 

MAGIC-AML - Multiarm, Multicenter, RAndomized, Molecularly-GuIded Controlled Trial of Personalized Treatment Strategy - of Acute Myeloid Leukemia, projekt finansowany ze środków Agencji Badań Medycznych, 2022/ABM/01/00021-00

Załącznik nr 1 do SWZ

Nr postępowania: ZP/21/2023/P

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź

**Formularz oferty**

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

NIP: ……………………………………………………………………. REGON: …………………………………….…………………………..……

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 ………………………………………………………………

Oferta Wykonawcy:

w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

 Pełnienie roli CRO w ramach realizowanego przez Zamawiającego niekomercyjnego badania klinicznego „Multiarm, Multicenter, RAndomized, Molecularly-GuIded ControlledTrial of Personalized Treatment Strategy - of Acute Myeloid Leukemia” / „Wieloramienne, wieloośrodkowe, randomizowane, oparte o diagnostykę molekularną, kontrolowane badanie kliniczne spersonalizowanej strategii leczenia w ostrej białaczce szpikowej MAGIC-AML”

Kryterium 1 - Łączna cena ofertowa zakresu podstawowego (waga 60%):

| Przedmiot zamówienia | ilość | Cena netto | Cena brutto | Wartość netto | VAT% | Wartość brutto |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Współtworzenie Planu Monitorowania Badania | 1 |  |  |  |  |  |
| Wizyty kwalifikujące i inicjujące badanie w ośrodku (15 wizyt)w tym kwota jednostkowa z tytułu wizyty kwalifikującej i inicjującej badanie w jednym ośrodku | 151 |  |  |  |  |  |
| Scentralizowane monitorowanie badania klinicznego, w oparciu o Plan Monitorowania (w tym przeprowadzanie dodatkowych wizyt monitorujących w ośrodku lub zdalnych, np. w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych) - bieżący nadzór i weryfikacja danych, zastosowanie elektronicznych narzędzi do kontroli zdalnej dokumentacji i jakości danych w badaniu. Comiesięczne raportowanie i analizy w celu oceny przebiegu badania.w tym kwota z tytułu wykonywania w/w czynności za 1 (jeden) miesiąc | Okres realizacji umowy1 miesiąc |  |  |  |  |  |
| Wizyty monitorujące w ośrodku (75 wizyt)w tym kwota jednostkowa z tytułu wizyty monitorującej w jednym ośrodku | 751 |  |  |  |  |  |
| Wizyty monitorujące zdalne (150 wizyt)w tym kwota jednostkowa z tytułu wizyty monitorującej zdalnej w jednym ośrodku | 1501 |  |  |  |  |  |
| Wizyty zamykające (15)w tym kwota jednostkowa z tytułu wizyty zamykającej badanie w jednym ośrodku | 151 |  |  |  |  |  |
| Pozostałe aktywnościw tym kwota z tytułu wykonywania w/w czynności za 1 (jeden) miesiąc | Okres realizacji umowy1 miesiąc |  |  |  |  |  |
| Razem | x | x | x |  |  |  |

Łącznie słownie złotych brutto:

………………………………………………………………………………………………………………………………..

Kryterium 2 – Doświadczenie (waga 40%):

W celu wykazania doświadczenia osób podlegających ocenie w ramach kryterium oceny ofert wg. rozdz. 15.3 SWZ, wskazujemy 2 ( dwie) osoby: Projekt Manager i osobę z wykształceniem medycznym , które uczestniczyły w więcej niż jednym nadzorze nad realizacją monitorowania badań klinicznych we wskazaniu onkologii/hematologii pełniących obowiązki nadzoru medycznego:

| L.p. | Imię i nazwisko  | Nazwa Zamawiającego oraz miejsca, w których przeprowadzono nadzory  | Ilość przeprowadzonych nadzorów |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Jeżeli Wykonawca nie wypełni powyższej tabeli Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych

Oświadczenia Wykonawcy:

1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminie określonym 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
6. Wadium w wysokości **60.000,00 PLN** (słownie: sześćdziesiąt tysięcy zł.), zostało wniesione w dniu....................., w formie: …................................................................................;
7. Prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 98 ustawy PZP, na następujący rachunek: …...………………..............................................................................................…...………………;
8. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia**:

(wypełnić o ile są znani na tym etapie)

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

 Oświadczamy, że wykonujemy działalność jako:

| Należy zaznaczyć odpowiednie pole | Podział działalności gospodarczej ze względu na wielkość (rodzaj) |
| --- | --- |
|  | mikroprzedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR), |
|  | małe przedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR), |
|  | średnie przedsiębiorstwo (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), |
|  | jestem dużym przedsiębiorstwem, |
|  | prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą. |

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.: ………………………………………………………………

Spis treści:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Formularz oferty – Załącznik nr 1 do SWZ musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.