**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ..........................................................................................................

Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

e-mail ..........................................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji .........................................................................................

nr REGON ............................................................................................................

nr NIP ............................................................................................................  
Nr konta Wykonawcy: ….........................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu ze strony Wykonawcy:……………......................, tel.: ……………………

**Do:** **Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

**e-mail** [**dzp@ump.edu.pl**](mailto:dzp@ump.edu.pl)

Odpowiadając na ogłoszenie o **zamówieniu publicznym** na **wyłonienie kadry dydaktycznej w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00.” do prowadzenia kursu z Terapii Środowiskowej Dzieci i Młodzieży z podziałem na 4 części, (TPb-31/21),** procedowanym w trybie podstawowym w wariancie - wybór najkorzystniejszej oferty bez przeprowadzenia negocjacji,oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena jedn. netto (zł)** | **VAT (%)** | **Cena jedn. brutto (zł)**  **(3x4)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | Seminarium 5. Zasady salutogenezy i terapii zorientowanej na zasoby psychologiczne dziecka oraz jego rodziny. Profilaktyka i ochrona zdrowia psychicznego w okresie rozwojowym. Wykłady, warsztaty |  |  |  |
|  | Seminarium 6. Podstawy terapii zaburzeń psychicznych, emocjonalnych i zachowania w okresie rozwojowym. Zintegrowany model opieki psychiatrycznej środowiskowej (system rodzinny, leczniczo- terapeutyczny, szkolny, opieka społeczna, kuratorzy sądowi). Wykłady, warsztaty |  |  |  |
|  | Seminarium 7. Pierwszy wywiad i konsultacje prowadzone z rodziną. Podstawy teoretyczne systemowej terapii rodzin. Wykłady, warsztaty |  |  |  |
|  | Seminarium 8. Systemowa terapia rodzin w praktyce. Wykłady, warsztaty |  |  |  |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczenie Wykonawcy o ilości przeprowadzonych godzin dydaktycznych (należy zaznaczyć właściwą ilość w tabeli):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ilość przeprowadzonych godzin dydaktycznych |
| rok akademicki  2018/2019 | * ponad 150 godzin dydaktycznych rocznie * 100-150 godzin dydaktycznych rocznie * 50-99 godzin dydaktycznych rocznie * 25-49 godzin dydaktycznych rocznie * 10-24 godzin dydaktycznych rocznie * do 9 godzin dydaktycznych rocznie |
| rok akademicki  2019/2020 | * ponad 150 godzin dydaktycznych rocznie * 100-150 godzin dydaktycznych rocznie * 50-99 godzin dydaktycznych rocznie * 25-49 godzin dydaktycznych rocznie * 10-24 godzin dydaktycznych rocznie * do 9 godzin dydaktycznych rocznie |
| rok akademicki  2020/2021 | * ponad 150 godzin dydaktycznych rocznie * 100-150 godzin dydaktycznych rocznie * 50-99 godzin dydaktycznych rocznie * 25-49 godzin dydaktycznych rocznie * 10-24 godzin dydaktycznych rocznie * do 9 godzin dydaktycznych rocznie |

1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
2. Zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z tym projektem.
3. Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczamy, że jesteśmy\*:

mikroprzedsiębiorstwem - tak □ nie □

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

małym przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

średnim przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Średnie przedsiębiorstwa: 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

Powyższa informacja ma charakter wyłącznie informacyjny i służy dla celów statystycznych.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się   
   o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Integralną częścią oferty są:
   1. ....................................................................................................
   2. .....................................................................................................
3. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

………………………………………………………………………………………………………………………………(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**1** *jeżeli Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 Ustawy pzp.*

***\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

osób/-y uprawnionych/-ej

**Załącznik nr 2a**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

**ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………  
*(pełna nazwa/firma, adres,   
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.   
 Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),   
DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **wyłonienie kadry dydaktycznej w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00.” do prowadzenia kursu z Terapii Środowiskowej Dzieci i Młodzieży z podziałem na 4 części, (TPb-31/21),**oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy albo skreślić**)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie   
art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………..

…………………..*(miejscowość),*dnia……………….r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy albo skreślić**)

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 462 ust. 5 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.   
\*(**wypełnić, jeśli dotyczy albo skreślić**)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**\*UWAGA! Należy wypełnić odpowiednie pola, pozostałe pola niewypełnione należy wykreślić przed złożeniem podpisu!**

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

osób/-y uprawnionych/-ej

**Załącznik nr 2B do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego   
ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:** ………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.  **wyłonienie kadry dydaktycznej w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00.” do prowadzenia kursu z Terapii Środowiskowej Dzieci i Młodzieży z podziałem na 4 części, (TPb-31/21)** z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji oświadczam, że:

spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 18.1 SWZ.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej   
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)   
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej   
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 5**

............................................. ................................

(Nazwa i adres wykonawcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na wyłonienie kadry dydaktycznej w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00.” do prowadzenia kursu z Terapii Środowiskowej Dzieci i Młodzieży z podziałem na 4 części (TPb-4/21),**oświadczam, że:

1. Nie należę do żadnej grupy kapitałowej **\*)**
2. Nie należę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową **\*)**
3. Należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego: **\*)**

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie przekładam następujące dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty/oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej:

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

**\*) - niepotrzebne skreślić przed złożeniem podpisu**

*Oświadczenie należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

osób/-y uprawnionych/-ej