**Załącznik nr 2 do SIWZ/umowy**

**FORMULARZ OFERTY**

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

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

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

Adres 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**

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na **Dostawę zautomatyzowanego mikroskopu odwróconego naukowo-badawczego do obserwacji w jasnym polu, kontraście fazowym i fluorescencji na potrzeby Uniwersytetu Medycznego (PN-27/20) im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SIWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **przedmiot zamówienia** | **ilość kpl.** | **wartość netto - kpl** | **Stawka VAT - wartość VAT** | **wartość brutto (kol.3 + kol.4)**  | **gwarancja** (min. 24 m-ce) | **termin realizacji** (max do 8 tygodni) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **Mikroskop odwrócony** | **1** | **………….. zł** | **…………. zł****tj. ………%** | **……………. zł** | **………… m-ce** | **do ……… tygodni** |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
3. 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.
4. 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. .................................................................................................... strona ......... oferty.
	2. .................................................................................................... strona ......... oferty.

……….............................................. podpisy osób/-y uprawnionych/-ej

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Opracowała: Tatiana Malinowska*

*nr telefonu: 61 854 60 17*

*e-mail: dzp@ump.edu.pl*