**Załącznik nr 2 do SWZ**

**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 w Poznaniu**

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

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

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym pn. **Dostawa trenażerów i symulatora respiratora na potrzeby projektu Kierunek na UMP - program dostosowania kierunków kształcenia do potrzeb gospodarki oraz zielonej i cyfrowej transformacji (TPm-31/25)**, procedowanym w trybie podstawowym   
w wariancie - wybór najkorzystniejszej oferty z możliwością negocjacji**,** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

* + - 1. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Przedmiot zamówienia** |  | **Cena netto** | **Kwota podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **część** | **Ilość** |
|  |  |
| **1** | **symulator respiratora** | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| **2** | **TRENAŻERY, w tym:** | 1 kpl. |  |  |  |
| *Fantom do nauki zakładania i karmienia przez sondę, odsysania, pielęgnacji tracheotomii oraz gastrostomii* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Fantom pielęgnacyjny osoby dorosłej* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Trenażer do nauki pielęgnacji odleżyn* | 2 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Zestaw silikonowych ran odleżynowych zakładanych na pacjenta* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Typ A:Symulator do iniekcji domięśniowych pośladka z sygnalizacją świetlną i dźwiękową* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Typ B: Symulator do iniekcji domięśniowych pośladka z sygnalizacją świetlną i dźwiękową* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Trenażer do iniekcji dożylnej* | 4 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Typ A:Trenażer do badania piersi z wymiennymi guzami* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Typ B:Trenażer do badania piersi z wymiennymi guzami* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Trenażer do badania odbytu* | 2 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Fantom niemowlęcia do dostępów dożylnych* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Trenażer do cewnikowania pęcherza moczowego niemowląt* | 3 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Typ A:Trenażery z wyłonioną ileostomią i kolostomią* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Typ B:Trenażery z wyłonioną ileostomią i kolostomią* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Model pielęgnacyjny noworodka do kąpania* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Żeński tors do nauki opatrywania ran pooperacyjnych* | 1 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Fantom do nauki pielęgnacji cewników centralnych i obwodowych* | 2 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Trenażer do nauki odsysania wydzieliny z dróg oddechowych* | 2 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Trenażer naramienny do wykonywania iniekcji podskórnych* | 3 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
| *Fantom treningowy (kończyna górna) do zakładania dostępu naczyniowego pod kontrolą USG* | 3 szt. | …….. zł | ………zł | ………zł |
|  | **RAZEM za część 2** | | **…….. zł** | **………zł** | **………zł** |

* + - 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 SWZ.
      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:

8.1.....................................................................................................

8.2.....................................................................................................

* + - 1. 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.*

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

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

**Załącznik nr 2A do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**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)*

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa trenażerów i symulatora respiratora na potrzeby projektu Kierunek na UMP - program dostosowania kierunków kształcenia do potrzeb gospodarki oraz zielonej i cyfrowej transformacji (TPm-31/25),** 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.
3. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie   
   art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. z 2024r., poz. 507).

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

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub 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 lub 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 lub 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.   
INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

**Wymagane w przypadku podmiotów mających siedzibę za granicą**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych   
i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

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

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