 

Projekt pn. „Randomizowane, podwójnie zaślepione, kontrolowane placebo badanie oceniające skuteczność i bezpieczeństwo fumaranu dimetylu w redukcji atrofii mózgu, poprawy synaptycznych połączeń czynnościowych, funkcji poznawczych, funkcjonowania i jakości życia pacjentów z rozpoznaniem łagodnych zaburzeń poznawczych oraz otępienia w chorobie Alzheimera” w ramach konkursu na działalność badawczo – rozwojową w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych nr ABM/2021/2- umowa nr 2021\_ABM\_02\_00015-00.

**Nr sprawy: ZP/25/2022 Załącznik nr 1 do SWZ**

**Uniwersytet Medyczny w Łodzi**

**Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź**

**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Wykonawcy:**

Wykonawca/Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

REGON: …………………………… NIP: ……………………………

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:

…………………………………………………………………………………….

Nr telefonu: ………………………………………….; e-mail: ………………………………………….

Oferta w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

**Dostawę produktu leczniczego oraz placebo do badania klinicznego dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: „Randomizowane, podwójnie zaślepione, kontrolowane placebo badanie oceniające skuteczność i bezpieczeństwo fumaranu dimetylu w redukcji atrofii mózgu, poprawy synaptycznych połączeń czynnościowych, funkcji poznawczych, funkcjonowania i jakości życia pacjentów z rozpoznaniem łagodnych zaburzeń poznawczych oraz otępienia w chorobie Alzheimera.”**

oferujemy wykonanie zamówienia wg kryteriów:

**Kryterium nr 1: Cena:**

Maksymalne łączne wynagrodzenie netto:...............................zł, stawka VAT: …….. %

Maksymalne łączne wynagrodzenie brutto:....................................zł

(słownie zł brutto: .......................................................................................)

**w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba opakowań** **(1 opakowanie = 56 kapsułek)** | **Nazwa *(proszę uzupełnić)*** | **Producent *(proszę uzupełnić)*** | **Cena jednostkowa netto za 1 opakowanie*****(proszę uzupełnić)*** | **Stawka VAT (%)*****(proszę uzupełnić)*** | **Cena jednostkowa brutto za 1 opakowanie*****(proszę uzupełnić)*** | **Wartość netto za 901 opakowań*****(proszę uzupełnić)*** | **Wartość brutto za 901 opakowań*****(proszę uzupełnić)*** |
| 1.  | Produkt leczniczy | 901 opakowań (50 456 kapsułek) |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nr poz.** | **Nazwa** | **Liczba opakowań** **(1 opakowanie = 56 kapsułek)** | **Nazwa *(proszę uzupełnić)*** | **Producent *(proszę uzupełnić)*** | **Cena jednostkowa netto za 1 opakowanie*****(proszę uzupełnić)*** | **Stawka VAT (%)*****(proszę uzupełnić)*** | **Cena jednostkowa brutto za 1 opakowanie*****(proszę uzupełnić)*** | **Wartość netto za 451 opakowań*****(proszę uzupełnić)*** | **Wartość brutto za 451 opakowań*****(proszę uzupełnić)*** |
| 2. | Placebo | 451 opakowań (25 256 kapsułek) |  |  |  |  |  |  |  |

**Kryterium nr 2: Skrócenie terminu realizacji 1 (pierwszego) Etapu:**

**Wykonawca oferuje skrócenie terminu realizacji 1 (pierwszego) Etapu do 5 miesięcy\***

**Wykonawca oferuje skrócenie terminu realizacji 1 (pierwszego) Etapu do 4 miesięcy\***

**Wykonawca nie oferuje skrócenia terminu realizacji 1 (pierwszego) Etapu\***

**\*** - niepotrzebne skreślić

**Oświadczenia:**

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 wraz z załącznikami, w tym ze Wzorem umowy, akceptujemy je 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 zamówienie nastąpi na zasadach opisanych we Wzorze umowy, w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
6. Oświadczamy, że jesteśmy **(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)
* dużym przedsiębiorstwem
* prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą.
1. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**

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

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

**Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**

1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**Dotyczy Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w zakresie warunku (prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej):**

Zgodnie z artykułem 117 ust. 4 ustawy Pzp oświadczam, że poszczególne dostawy zostaną wykonane przez:

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca | Zakres dostaw |
| 1. |  |
| 2. |  |

**Formularz oferty – zał. nr 1 do SWZ musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy.**