

**Nr sprawy: ZP/62/2024**

 **załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Uniwersytet Medyczny w Łodzi****Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź****FORMULARZ OFERTY**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych:**Dostawa Systemu Wysokosprawnej Chromatografii Cieczowej dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** |
| **Dane Wykonawcy:**Wykonawca/Wykonawcy …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Adres:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………NIP ……………………………………… REGON ……………………………………………..Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: .……………………………………..…………………………………Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: e-mail ……………………………………………………………… tel: ……………………………………………Nr rachunku bankowego Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………….. |
| **Pakiet 1** * 1. **kryterium 1 – cena - waga 70%:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 szt.** | **VAT%** | **Cena brutto za 1 szt.** |
| 1. | **system wysokosprawnej chromatografii cieczowej** **– 1 szt.** |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |

słownie złotych brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **B. Kryterium nr 2 – Brak przeprowadzania obowiązkowych corocznych przeglądów serwisowych urządzenia – waga 10%****system wysokosprawnej chromatografii cieczowej – 1 szt.** **TAK NIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **brak przeprowadzania obowiązkowych corocznych przeglądów serwisowych urządzenia**: **(Waga 10%)** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametru* braku przeprowadzania obowiązkowych corocznych przeglądów serwisowych urządzenia**  |
| **C. Kryterium nr 3 – przeprowadzenie drugiego pełnego szkolenia po trzech miesiącach od uruchomienia systemu- waga 10%****system wysokosprawnej chromatografii cieczowej – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **przeprowadzenie szkolenia - przyznane punkty: 10 pkt** **brak przeprowadzenia szkolenia – 0 pkt** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametru przeprowadzenie drugiego pełnego szkolenia po trzech miesiącach od uruchomienia systemu*****D. Kryterium nr 3 - Czas reakcji serwisu w ciągu 48 godzin od zgłoszenia - waga 10%****system wysokosprawnej chromatografii cieczowej – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **reakcja serwisu w ciągu 48 godzin od zgłoszenia - przyznane punkty 0 pkt** **reakcja serwisu w ciągu 24 godzin od zgłoszenia - przyznane punkty: 10 pkt** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

 ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”******Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametru skrócenia terminu reakcji serwisu w ciągu 24 godzin od zgłoszenia*** **Oświadczenia:**1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych 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, w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;
6. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**

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

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

1. Oświadczam, że **(Odpowiednie zaznaczyć „X”)**:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Jestem mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) |
|  | Jestem małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) |
|  | Jestem 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). |
|  | Jestem dużym przedsiębiorstwem, |
|  | Prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą. |

8) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią „Klauzuli Informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych” zamieszczonej w rozdziale 20. SWZ.**C. Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy

jest ..............................................................................................................................e-mail: ………...……........………….…………………..……. tel: ....................................……………….. |
| **D. Spis treści:**Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:1. ..........................................................................................................................................
2. ..........................................................................................................................................
3. ..........................................................................................................................................
4. ..........................................................................................................................................
5. ..........................................................................................................................................
6. ..........................................................................................................................................
 |

**Formularz musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**