**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**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 przetargu nieograniczonym na **dostawę urządzeń do terapii ECMO (PN-13/19),** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SIWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Cena jedn. netto (zł)** | **Wartość VAT**  **(zł)** | **Cena jedn. brutto**  **(zł)** | **Wartość brutto (zł)**  **(6 x 3)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | **Mobilna konsola do terapii ECMO wraz z oprzyrządowaniem dodatkowym i kompatybilnym urządzeniem do terapii nerkozastępczej.** | **1** |  |  |  |  |
| **Razem część 1:** | | | | | |  |
| **2** | **Mobilna konsola do terapii ECMO** | **1** |  |  |  |  |
| Kompatybilny zestaw wprowadzający dla kaniul ECMO | **440** |  |  |  |  |
| Kompatybilne z konsolą zestawy do prowadzenia terapii ECMO | **22** |  |  |  |  |
| Kaniule tętnicze z zestawem do wprowadzania metodą Seldingera | **44** |  |  |  |  |
| Kaniule żylne z zestawem do wprowadzania metodą Seldingera | **44** |  |  |  |  |
| Dwuświatłowe kaniule do ECMO V-V z zestawem do wprowadzania metodą Seldingera | **22** |  |  |  |  |
| **Razem część 2:** | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty prawidłowego wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. 2. **Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego  w zakresie następujących towarów: ....................................... (wypełnić, jeśli dotyczy)**   (wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku   podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług – tzw. „podatek odwrócony”).   1. Oświadczamy, że przedmiot zamówieniazostanie wykonany w nieprzekraczalnym terminie:   dla części nr 1 **……………**  dla części nr 2 (za wyjątkiem sprzętu jednorazowego) ……………  **tygodni (maksymalnie 7, należy podać w pełnych tygodniach)**     1. Na przedmiot zamówienia udzielamy gwarancji na okres (należy podać w pełnych miesiącach, min. 36):   dla części nr 1 **……………**  dla części nr 2 ……………   1. Termin płatności zgodnie z projektem umowy załączonym do SIWZ. 2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. 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. Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobranie dokumentów jakich może żądać Zamawiający od Wykonawcy (…) zgodnie z § 10 Rozporządzenia Ministra Rozwoju z 26 lipca 2016 roku z ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (np. KRS i CEIDG.) 3. Integralną częścią oferty są:   12.1. …................................................................................................. strona …...... oferty,  12.2. …................................................................................................. strona …...... oferty,  12.3. …................................................................................................. strona …...... oferty,    *Formularz należy podpisać*  *kwalifikowanym podpisem elektronicznym*  podpisy osób/-y uprawnionych/-ej  ***\* Właściwe zaznaczyć***  *miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |