**Załącznik nr 1**

**Nr postępowania 268/2024/ZO/DZP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**CZĘŚĆ NR 6**

Tytuł zamówienia: ***Dostawa jednorazowa specjalistycznych odczynników chemicznych do jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.***

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Adres do korespondencji** *(jeżeli jest inny niż adres siedziby)* |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **E-mail główny Wykonawcy** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Numer KRS**  *(jeśli dotyczy)* |  |
| **Podstawa prawna do reprezentacji** (wpis do KRS, CEiDG, pełnomocnictwo) |  |

Ja niżej podpisany(a), ...................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz .......................................................................................................................

w odpowiedzi na przedmiotowe ogłoszenie o udzielanym zamówieniu***,*** w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ NR 6** | | | | | | |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Parametry techniczne wymagane** | | **Jednostka miary** | **Ilość** | **WARTOŚĆ BRUTTO PLN:** |
| 1. | Przeciwciało CD90 do cytometrii przepływowej – 1 szt. | * Zgodność gatunkowa: pies * Liczba testów: 100 * Format: PE | | sztuka | 1 |  |
| 2. | Przeciwciało CD29 do cytometrii przepływowej – 1 szt. | * Zgodność gatunkowa: pies * Liczba testów: 100 * Format: skonjungowane z APC | sztuka | 1 |  | |
| 3. | Przeciwciało CD44 do cytometrii przepływowej – 1 szt. | * Zgodność gatunkowa: pies * Liczba testów: 100 * Format: FITC | sztuka | 1 |  | |
| 4. | Podłoże DMEM bez czerwieni fenolowej – 2 szt. | * Linia komórek: MDCK, fibroblasty, komórki nabłonkowe * koncentracja: IX * forma: płyn * przydatność do wykorzystania: 12 miesięcy od daty otwarcia, * sterylny | sztuka | 2 |  | |
| 5. | Podłoże do różnicowania mezenchymalnych komórek macierzystych w populację chondrocytów – 2 szt. | * rodzaj komórek: komórki macierzyste * środowisko hodowlane: CO2 * zastosowanie: różnicowanie komórek macierzystych * typ produktu: różnicowanie w populację chondrocytów * postać: płyn * glukoza: niska zawartość glukozy | sztuka | 2 |  | |
| 6. | Kalogenaza typu I 1g – 1 szt. | * Forma proszku liofilizowanego * Data ważności do zużycia po otworzeniu opakowania: 24 miesiące * Gramatura: 1g * Przechowywanie: w temperaturze pokojowej | sztuka | 1 |  | |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO PLN:** | | | | | |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO PLN SŁOWNIE:** | | | | | |  |

Ponadto oświadczamy, że:

1. **podlegam/nie podlegam** \* wykluczeniu na podstawie art. 7 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507, zwanej dalej „ustawa sankcyjna”) z niniejszego postępowania zmierzającego do udzielenia zamówienia publicznego oraz, iż niniejsze oświadczenie należy traktować jako aktualne na każdym etapie postępowania zmierzającego do udzielenia zamówienia publicznego i w chwili ewentualnego udzielania zamówienia. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego, jeżeli w trakcie prowadzenia postępowania lub w chwili udzielania zamówienia nastąpi zmiana w zakresie aktualności tego oświadczenia,
2. zawarta w ofercie cena uwzględnia wszystkie koszty realizacji przyszłego świadczenia umownego,
3. powierzone nam zamówienie stanowiące przedmiot zamówienia wykonamy w sposób określony przez Zamawiającego i w terminie wymaganym przez Zamawiającego,
4. zaoferowany produkt będzie dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta, opakowanie będzie nienaruszone i będzie posiadało zabezpieczenia zastosowane przez producenta oraz znaki identyfikujące produkt, a szczególności znak towarowy produktu lub markę producenta;
5. zaoferowany produkt będzie pochodził z bieżącej produkcji i będzie posiadał wszelkie wymagane prawem atesty i świadectwa dopuszczające go do obrotu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, które zobowiązujemy się przedstawić, jeśli wymagają tego odpowiednie przepisy prawa polskiego lub zażąda tego zamawiająca jednostka organizacyjna wraz z dostawą;
6. oferujemy: - min. 6 miesięczny termin ważności zaoferowanego produktu od daty dostarczenia, chyba że producent przewidział inny termin; natomiast dla poz. Lp. 4 tabeli – 12 miesięczny termin przydatności do wykorzystania od daty otwarcia, a dla poz. 6. Lp. 6 - 24 miesięczny.
7. przedmiot zamówienia zamierzamy:

WYKONAĆ SAMODZIELNIE\* /ZLECIĆ PODWYKONAWCOM**\***

CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓREJ WYKONANIE ZAMIERZAMY POWIERZYĆ PODWYKONAWCY:

*Należy wskazać części zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom*

|  |  |
| --- | --- |
| Części zamówienia, które zostaną powierzone podwykonawcy lub podwykonawcom, zgodnie z podziałem dokonanym przez wykonawcę | Firmy podwykonawców o ile są oni znani w dniu składania ofert. |
|  |  |
|  |  |

1. pozostajemy związani niniejszą ofertą na okres **30 dni** licząc od ostatecznego terminu składania ofert;
2. wypełniamy 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.
3. TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA

Niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa\* w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233) i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ww. ustawy, w oparciu o następujące uzasadnienie:

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

Dane osób wskazanych przez Wykonawcę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację umowy / Przedstawiciel Zamawiającego \* | Numer telefonu\* | Adres e-mail\* |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis Wykonawcy zgodny z wymaganiami Zamawiającego)

*\*) niepotrzebne skreślić lub wpisać właściwe*