**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

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym pn. **dostawa z wniesieniem
i uruchomieniem aparatury specjalnej (2 części) na potrzeby Uniwersytetu Medycznego
 im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu wraz z przeszkoleniem personelu (PN-129/24)** procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. Zobowiązujemy się wykonać następujący przedmiot zamówienia za kwotę
i na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nr części | Przedmiot zamówienia | Wartość netto (PLN) | Stawka VAT (%) | Wartość brutto (PLN) | Okres gwarancji - podać w pełnych miesiącach, zgodnie z pkt. 15 SWZ | Termin realizacji -podać w pełnych tygodniach, zgodnie z pkt. 15 SWZ |
| 1 | Analizator wielkości cząsteczek, stężenia i potencjału zeta – 1 szt. | \_\_\_,\_\_\_ zł | …........% | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | …..miesięcy | ……tygodni |
| 2 | Automatyczny dysocjator tkankowy – 1 szt.  | \_\_\_,\_\_\_ zł | …........% | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | …..miesięcy | ……tygodni |

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. 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. 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. Integralną częścią oferty są:
	1. .....................................................................................................
	2. .....................................................................................................
2. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego1 : 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.*

***\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

osób/-y uprawnionych/-ej