**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy: …………………….…………………….……………..……………………

Adres: …………………………………………………………………………….…

E-mail: ……..…………………………………….…………………………………

Nr telefonu: ……………….…………………………….………………………………

Miejsce i nr rejestracji lub wpisu do ewidencji: ……………………….………………………………………………

NIP: …….……………………………………………………………..……

REGON: ……..………………………………..……………………………………

nr Rachunku Bankowego 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 na **„Modernizację oraz audyt i rekonfigurację systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego” (TPm-55/23)** procedowanym w trybie podstawowym
w wariancie – wybór najkorzystniejszej oferty z możliwością przeprowadzenia negocjacji, oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

 Łączna cena oferty brutto obejmuje wszystkie koszty niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia, .

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Modernizacja systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego (tylko grupa pierwsza), w tym:** | **Wartość netto** | **Kwota podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Gwarancja (podać zgodnie z pkt. 15 SWZ)** |
| 1) | Centrum Biologii Medycznej | ……zł | ……zł | ………….zł | …… miesięcy |
| 2) | D.S. Eskulap | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 3) | D.S. Karolek | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 4) | D.S. Wawrzynek  | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 5) | 3 licencje - Protege GX licencja klienta (PRT-GX-CLNT) | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 6) | Licencja – Protege GX PRT-GX-CLNT-35 dla 50 kamer | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 7) | Licencje na przejścia – w ilości wynikającej z zakresu zamówienia | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 8) | 6 czytników USB dla kart MIFARE Classic i Desfire | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 9) | Centrum Medycznej Informacji Naukowej | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 10) | Centrum Klinik Stomatologicznych | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 11) | Centrum Symulacji Medycznej | ……zł | ……zł | ………….zł |
|  | **RAZEM:** | ……zł | ……zł | ………….zł |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **OPCJA:****Modernizacja oraz audyt i rekonfiguracja systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego ( tylko grupa druga), w tym:** | **Wartość netto** | **Kwota podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Gwarancja (podać zgodnie z pkt. 15 SWZ)** |
| 1) | Collegium Anatomicum | ……zł | ……zł | ………….zł | …… miesięcy |
| 2) | Collegium Chmiela | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 3) | Centrum Nauczania w Języku Angielskim | ……zł | ……zł | ………….zł |
| 4) | Audyt i rekonfiguracja istniejącego systemu | ……zł | ……zł | ………….zł |
|  | **RAZEM:** | ……zł | ……zł | ………….zł |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia:** | **Wartość netto**  | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** |
| **1.** | Modernizacja systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego (tylko grupa pierwsza) | ………….zł | ………% | ………….zł |
| **2.** | **OPCJA**Modernizacja oraz audyt i rekonfiguracja systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego ( tylko grupa druga) | ………….zł | ………% | ………….zł |
|  | **RAZEM** | …………zł | ………..% | …………zł |

**ŁĄCZNIE**

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\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** |  **Nazwa (firma) podwykonawcy** | **Część/zakres zamówienia** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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. Integralną częścią oferty są:
	1. ....................................................................................................
	2. ....................................................................................................
3. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : 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 złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 2A do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………
*(pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na „Modernizację oraz audyt i rekonfigurację systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego”** (**TPm-55/23)**, oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie
art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835).

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 \*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreślić**)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …… ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………..

…………………..*(miejscowość),*dnia……………….r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreślić**)

 *[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 462 ust. 5 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreślić**)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

**Wymagane w przypadku podmiotów mających siedzibę za granicą**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

\***Należy wypełnić odpowiednie pola, pozostałe pola niewypełnione należy wykreślić przed złożeniem podpisu!**

**Załącznik nr 2B do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:** ………………………………………………….

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …………………………………

 *(imię, nazwisko, stanowisko podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Modernizacja oraz audyt i rekonfiguracja systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego” (TPm-55/23),** z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji oświadczam, że:

spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 18.1 SWZ.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 4 do SWZ**

............................................. ................................

(Nazwa i adres wykonawcy) (miejscowość, data)

**Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **Modernizacja oraz audyt i rekonfiguracja systemu kontroli dostępu w budynkach Zamawiającego (TPm-55/23),** informuję, że:

1. Nie należę do żadnej grupy kapitałowej **\*)**
2. Nie należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ ofertę częściową **\*)**
3. Należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego: **\*)**

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie przekładam następujące dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty/oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej:

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

**\*) - niepotrzebne skreślić przed złożeniem podpisu**

Oświadczenie należy podpisać

kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym

osób/-y uprawnionych/-ej

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ USŁUG POTWIERDZAJĄCYCH OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA
W PKT 18.1. PPKT. 4 SWZ**

 *(wg § 9 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra rozwoju, pracy i technologii z dnia 23 grudnia 2020 r.
w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415)*

wykaz wykonanych dostaw/usług, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich 3 lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane lub są wykonywane**, oraz załączeniem dowodów określających, czy te usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Data wykonania** | **Wartość** | **Podmiot na rzecz którego usługi zostały wykonane/są wykonywane** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga! Wykonawca ma obowiązek zamieścić w niniejszym wykazie wszystkie informacje niezbędne dla oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt 18.1 ppkt 4 SWZ

Oświadczenie należy podpisać

kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym

osób/-y uprawnionych/-ej

 **Załącznik nr 6 do SWZ**

**POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA W WIZJI LOKALNEJ**

Firma …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

Adres………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..

Uczestniczyła w wizji lokalnej w Jednostce……………………………………………..

w dniu……………………………..

 ………………………………………

 *Podpis przedstawiciela Zamawiającego*