**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**](mailto:dzp@ump.edu.pl)

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na **„****Wykonanie usługi przygotowania dokumentacji i rejestracji w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych   
i Produktów Biobójczych oraz uzyskania zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie niekomercyjnego badania klinicznego pn. „Wieloośrodkowe, czteroramienne, randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą, oceniające równoważność dawek bewacyzumabu w terapii w I linii leczenia raka jajnika” 2023/ABM/01/00015-00” (TPm-86/23)** procedowanym w trybie podstawowym w wariancie – wybór najkorzystniejszej oferty z możliwością przeprowadzenia negocjacji, oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** |
| **Wykonanie usługi przygotowania dokumentacji i rejestracji w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz uzyskania zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie niekomercyjnego badania klinicznego pn. „Wieloośrodkowe, czteroramienne, randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą, oceniające równoważność dawek bewacyzumabu w terapii w I linii leczenia raka jajnika” 2023/ABM/01/00015-00”** | ………….zł | ………% | ………….zł |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia   
   i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Imię i nazwisko** | **Długość doświadczenia** | **Badanie (nazwa)** | **Liczba uczestników  w badaniu** |
| doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia zgodnie  z pkt 15.1 ppkt 2 SWZ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **2** | **Imię i nazwisko** | **Długość doświadczenia** | **Badanie (nazwa)** | **Liczba uczestników  w badaniu** |
| doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia zgodnie  z pkt 15.1 ppkt 2 SWZ |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
2. 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.
3. 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 „Wykonanie usługi przygotowania dokumentacji i rejestracji w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych   
i Produktów Biobójczych oraz uzyskania zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie niekomercyjnego badania klinicznego pn. „Wieloośrodkowe, czteroramienne, randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą, oceniające równoważność dawek bewacyzumabu w terapii w I linii leczenia raka jajnika” 2023/ABM/01/00015-00”** (**TPm-86/23)**, 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. z 2023 poz. 1497).

…………….……. *(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. **Wykonanie usługi przygotowania dokumentacji i rejestracji w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych   
i Produktów Biobójczych oraz uzyskania zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie niekomercyjnego badania klinicznego pn. „Wieloośrodkowe, czteroramienne, randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą, oceniające równoważność dawek bewacyzumabu w terapii w I linii leczenia raka jajnika” 2023/ABM/01/00015-00 (TPm-86/23),** 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 na **wykonanie usługi przygotowania dokumentacji i rejestracji w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz uzyskania zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie niekomercyjnego badania klinicznego pn. „Wieloośrodkowe, czteroramienne, randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą, oceniające równoważność dawek bewacyzumabu   
w terapii w I linii leczenia raka jajnika” 2023/ABM/01/00015-00**  **(****TPm-86/23)**, 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 2023 r. poz. 1689), 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 2023 r. poz. 1689), 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**

**dotyczy TPm-86/23**

**(wg § 9 ust. 1 pkt 2) Rozp. Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dn. 23.12.2020 w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415)**

Wykaz wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, usług, w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku zdolności technicznej i zawodowej, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, **oraz załączeniem dokumentu potwierdzającego, że te usługi zostały wykonane należycie.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot USŁUGI (w tym liczba uczestników)** | **Wartość brutto** | **Daty wykonania** | **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 lit. a) i b) SWZ

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

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**OŚWIADCZENIE O OSOBACH ZATRUDNIONYCH   
(wg § 9 ust. 1 pkt 3) Rozp. Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dn. 23.12.2020 w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415)**

**dotyczy TPm-86/23**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie (w tym jego długość)** | **Wykształcenie/kwalifikacje** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

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 lit. c) SWZ

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