**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Formularz ofertowy**

do postępowania o zamówienie publiczne na:

**opracowanie oraz wdrożenie systemu do zarządzania badaniami klinicznymi (ang. CTMS)
dla Uniwersyteckiego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (GPSK), Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (ORSK), Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SKKJ) w ramach projektu Agencji Badań Medycznych pt. „Uniwersyteckie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) – strategia rozwoju badań klinicznych, w tym kompleksowa obsługa niekomercyjnych badań klinicznych, w północno-zachodniej Polsce” 2020/ABM/03/00012/P/01**

1. **Zamawiający:**

 Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego

 ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

REGON**:** 000288811, NIP: 777-00-03-104

1. **Wykonawca:**

 Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………….

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

 NIP: ………………… REGON: ………………………… KRS/CEIDG: …………………………………

 Numer telefonu/fax: ………………………………………………… Email: …………………………………………………

 Nr konta Wykonawcy , na które należy zwrócić wadium: ….................................................................................

 Personalia i stanowiska osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy:

1. …………………………………………………………………… - ……………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………… - ……………………………………………………………………………

Następujący zakres przedmiotu zamówienia (część) zamierzamy zlecić Podwykonawcom\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba podwykonawców  | Nazwa (firma) podwykonawcy | Część/zakres zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

 (jeżeli Wykonawca nie wskaże powyższych informacji dotyczących podwykonawców, Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza angażować podwykonawców do realizacji zadania).

1. **Łączna cena oferty brutto za etap I, II i godziny rozwojowe**

 Łączna ceny oferty brutto obejmuje wszystkie koszty niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia, w szczególności dostawę licencji, sprzętu i oprogramowania, wdrożenie, integrację, utrzymanie oraz usługi rozwoju i gwarancji oraz szkolenie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Obszar** | **zł netto** | **zł VAT** | **zł brutto** | **Procent łącznej wartości zamówienia****(łącznej ceny oferty brutto)** |
|  | Etap I | ……………. zł | ……………. zł | ……………. zł | ……………. % |
|  | Etap II | ……………. zł | ……………. zł | ……………. zł | ……………. % |
|  | Godziny Rozwojowe (300 godzin) Stawka za jedną roboczogodzinę x 300 godzin | Cena za 300 h ……………. zł | ……………. zł | Cena za 300 h ……………. zł | .…………. % |
|  | RAZEM 1-3 | ……………. zł |  |

1. **Koszt serwisu pogwarancyjnego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obszar** | **zł netto**  | **zł VAT** | **zł brutto** |
| Koszt serwisu pogwarancyjnego - wartość za 1 rok  | ……………. zł | ……………. zł | ……………. zł |

Koszt ten nie może przekroczyć 8% kwoty przedmiotu zamówienia dot. „łącznej ceny brutto”. Serwis pogwarancyjny będzie świadczony w okresie 5 lat po zakończeniu okresu gwarancji, na zasadach identycznych do warunków gwarancji z umowy i Opisu Przedmiotu Zamówienia. Koszt serwisu pogwarancyjnego w okresie 5 kolejnych lat będzie niezmienny.

1. **Okres utrzymania systemu (gwarancja)**

Wykonawca zobowiązuje się do udzielenia **….…… miesięcy** gwarancji utrzymania systemu, przy czym najmniejszy możliwy do zaoferowana okres gwarancji to 12 miesięcy, a największy punktowany okres gwarancji to 60 miesięcy.

1. **Oświadczenia Wykonawcy**

**Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia oraz projektem umowy, a także zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty oraz nie zgłaszamy żadnych uwag co do procedury udzielenia zamówienia.

**Oświadczamy**, że załączony do SWZ projekt umowy (***załącznik nr 1 do SWZ***) został przez nas zaakceptowany bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**Oświadczamy**, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w SWZ, Opisie Przedmiotu Zamówienia oraz projekcie umowy.

**Oświadczamy**, żeupewniliśmy się co do prawidłowości i kompletności naszej oferty i ceny. Cena oferty brutto w PLN zawiera należny podatek VAT (zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 2174 z późn. zm.).

**Oświadczamy**, że przystępując do postępowania przetargowego uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje co do ryzyka, trudności i wszelkich innych okoliczności jakie mogą mieć wpływ na ofertę przetargową i bierzemy pełną odpowiedzialność za odpowiednie wykonanie przedmiotu umowy.

**Oświadczamy**, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia dysponuje środkami technicznymi zapewniającymi prawidłową (odpowiednią do zagrożeń oraz rodzaju danych) ochronę przetwarzanych w nim danych osobowych, w szczególności środkami zabezpieczającymi wymaganymi na mocy art. 32 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).

**Oświadczamy**, że w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt. 3 Prawo zamówień publicznych i art. 5 – 17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz.U. z 2019r., poz. 1010 z późn. zm.).

**Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z odpowiedzialnością karną, o której mowa w art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. -Kodeks Karny (tekst jednolity Dz.U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.) tj. „Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub **zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia**, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy
do lat 5”.

**Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z odpowiedzialnością karną, o której mowa w art. 297 Kodeksu Karnego, tj. „Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub **zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia**, podlega karze pozbawienia wolności
od 3 miesięcy do lat 5”.

**VII.**

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. 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 przedsiębiorstwamii 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. ……………………………………………………………………………………………….
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.*

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*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**

**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 pn. **opracowanie oraz wdrożenie systemu
do zarządzania badaniami klinicznymi (ang. CTMS) dla Uniwersyteckiego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu (GPSK), Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (ORSK), Szpitala Klinicznego
im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SKKJ)
w ramach projektu Agencji Badań Medycznych pt. „Uniwersyteckie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) – strategia rozwoju badań klinicznych, w tym kompleksowa obsługa niekomercyjnych badań klinicznych, w północno-zachodniej Polsce” 2020/ABM/03/00012/P/01 (TPm-29/23),** 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. **opracowanie oraz wdrożenie systemu
do zarządzania badaniami klinicznymi (ang. CTMS) dla Uniwersyteckiego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu (GPSK), Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (ORSK), Szpitala Klinicznego
im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SKKJ)
w ramach projektu Agencji Badań Medycznych pt. „Uniwersyteckie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) – strategia rozwoju badań klinicznych, w tym kompleksowa obsługa niekomercyjnych badań klinicznych, w północno-zachodniej Polsce” 2020/ABM/03/00012/P/01 (TPm-29/23),** 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. **opracowanie oraz wdrożenie systemu do zarządzania badaniami klinicznymi (ang. CTMS) dla Uniwersyteckiego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (GPSK), Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (ORSK), Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SKKJ) w ramach projektu Agencji Badań Medycznych pt. „Uniwersyteckie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (UCWBK) – strategia rozwoju badań klinicznych, w tym kompleksowa obsługa niekomercyjnych badań klinicznych, w północno-zachodniej Polsce” 2020/ABM/03/00012/P/01 (TPm-29/23),** 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 (nr 2 do umowy)**

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ZAMÓWIEŃ**

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

 Nazwa Wykonawcy: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa i adres podmiotów, na rzecz których zrealizowano usługi (odbiorca usługi)** | **Daty wykonania****(dokładna data od – dokładna data do)** | **Przedmiot i rodzaj zrealizowanych usług (umów)****Nazwa zadania,** **adres realizacji** | **Wartość usług brutto w zł** | **Dane kontaktowe Zamawiającego** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

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) SWZ

Miejscowość i Data

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

 **Załącznik nr 6 do SWZ (nr 3 do umowy)**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**(wg § 9 ust. 1 pkt 3) 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

**Uwaga! Wykonawca ma obowiązek zamieścić w niniejszym wykazie wszystkie informacje niezbędne dla oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt 18.1.4 lit. b) SWZ.**

 Zespół osób składający się co najmniej z:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Dane osób wyznaczonych do realizacji zamówienia** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych/ uprawnień /doświadczenia/wykształcenia w zakresie niezbędnym do wykonania czynności w ramach zamówienia**  | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** **(np. umowa o pracę, inna umowa)** | **Oświadczamy, że polegamy na zasobach [wpisać: własnych/ innych podmiotów] zdolnych do wykonania zamówienia w zakresie [podać zakres]** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | **a) imię i nazwisko** ………………**b) funkcja w projekcie …………………****c) zakres czynności ……………………d) nr tel. …………………..****e) e-mail…………………..** |  |  |  |
| 2 | **a) imię i nazwisko** ………………………**b) funkcja w projekcie …………………****c) zakres czynności ……………………d) nr tel. …………………..****e) e-mail…………………..** |  |  |  |
| 3 | **a) imię i nazwisko** ………………………**b) funkcja w projekcie …………………****c) zakres czynności ……………………d) nr tel. …………………..****e) e-mail…………………..** |  |  |  |
| 4 | **a) imię i nazwisko** ………………………**b) funkcja w projekcie …………………****c) zakres czynności ……………………d) nr tel. …………………..****e) e-mail…………………..** |  |  |  |
| 5 | **a) imię i nazwisko** ………………………**b) funkcja w projekcie …………………****c) zakres czynności ……………………d) nr tel. …………………..****e) e-mail…………………..** |  |  |  |
| 6. | **a) imię i nazwisko** ………………………**b) funkcja w projekcie …………………****c) zakres czynności ……………………d) nr tel. …………………..****e) e-mail…………………..** |  |  |  |
| 7. | **a) imię i nazwisko** ………………………**b) funkcja w projekcie …………………****c) zakres czynności ……………………d) nr tel. …………………..****e) e-mail…………………..** |  |  |  |

**Oświadczamy, że wyżej wskazany Kierownik Projektu, Architekt ds. systemów do badań klinicznych, Lider zespołu ds. jakości systemów do badań klinicznych - posiadają wymagane certyfikaty - należy wpisać jakie, w kolumnie „3” - Informacje na temat kwalifikacji zawodowych (…). W przypadku wyboru niniejszej oferty certyfikaty te zostaną przedłożone Zamawiającemu przed podpisaniem umowy.**

W przypadku, gdy Wykonawca wskazuje osobę, udostępnioną przez podmiot trzeci, należy oprócz informacji o podstawie do dysponowania tą osobą przedstawić **pisemne zobowiązanie lub inny dokument** podmiotów udostępniających osobę/osoby.

Z zobowiązania lub innych dokumentów potwierdzających udostępnienie zasobów przez inne podmioty musi bezspornie i jednoznacznie wynikać w szczególności:

1. zakres dostępnych wykonawcy zasobów innego podmiotu,
2. sposób wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia,
3. zakres i okres udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego,
4. czy podmiot, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału
w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą.

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