**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 **„Dostawę szaf wentylowanych wraz z transportem, wniesieniem, instalacją oraz przeszkoleniem personelu, w podziale na 3 części” (TPm-48/23)** 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:**

**Część 1:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:** | **Wartość netto** | **Kwota podatku VAT** | **Wartość brutto**  | **Termin realizacji (podać zgodnie z pkt. 15 SWZ)** |
| **Dostawa - szafy wentylowane do przechowywania odczynników (kwasów/zasad) wraz z transportem, wniesieniem, instalacją i przeszkoleniem personelu Zamawiającego, do miejsca wskazanego przez Zamawiającego - 4 szt.** | ……zł | ……zł | ………….zł  | …… tygodni |

**Część 2:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:** | **Wartość netto** | **Kwota podatku VAT** | **Wartość brutto**  | **Termin realizacji (podać zgodnie z pkt. 15 SWZ)** |
| **Dostawa –szafa wentylowana G90 do przechowywania odczynników łatwopalnych wraz z transportem, wniesieniem, instalacją i przeszkoleniem użytkowników, do miejsca wskazanego przez Zamawiającego – 1 szt.** | ……zł | ……zł | ………….zł  | …… tygodni |
| **Relokacja 13 sztuk szaf wentylowanych G90 z magazynu Zamawiającego znajdującego się w Poznaniu przy ul. Rokietnickiej 3, w budynku Collegium Pharmaceuticum 1 do miejsca wskazanego przez Zamawiającego wraz z ich wniesieniem, instalacją i przeszkoleniem użytkowników** | ……zł | ……zł | ………….zł  |
| **Zwiększeniu gwarantowanego zakresu zamówienia o dokonanie jednorazowego przeglądu 13 relokowanych szaf oraz przekazanie Zamawiającemu certyfikatu ognioodporności szaf na 12 miesięcy - opcja** | ……zł | ……zł | ………….zł  |  |
| **RAZEM** | ……zł | ……zł | ………….zł  |  |

**Część 3:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:** | **Wartość netto** | **Kwota podatku VAT** | **Wartość brutto**  | **Termin realizacji (podać zgodnie z pkt. 15 SWZ)** |
| **Dostawa - szafy wentylowane z certyfikatem G30 do przechowywania butli z gazem, wraz z transportem, wniesieniem, instalacją i przeszkoleniem użytkowników, do miejsca wskazanego przez Zamawiającego - 9 szt.:** |
| szerokość: 60 cm - **3 szt. ( na 2 butle)** | ……zł | ……zł | ………….zł  | …… tygodni |
| szerokość: 90 cm - **4 szt. (na 3 butle)** | ……zł | ……zł | ………….zł  |
| szerokość: 120 cm - **2 szt. (na 4 butle)** | ……zł | ……zł | ………….zł  |
| **RAZEM** | ……zł | ……zł | ………….zł  |  |

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 „Dostawę szaf wentylowanych wraz z transportem, wniesieniem, instalacją oraz przeszkoleniem personelu, w podziale na 3 części”** (**TPm-48/23)**, 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!**