**Załącznik nr 1 do SWZ**

(formularz ofertowy)

 **OFERTA**

 Do

 Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

 ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a

 80-210 Gdańsk

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu pn. **Sukcesywna dostawa produktu leczniczego zawierającego w swoim składzie substancję czynną rituximab (MabThera 100mg)**

na potrzeby realizacji niekomercyjnego badania klinicznego:

**„Wczesne leczenie rituximabem dzieci z idiopatycznym zespołem nerczycowym” Ang. „ERICONS – Early RITUXIMAB in Childhood Onset Nephrotic Syndrome”** w ramach Konkursu Agencji Badań Medycznych (ABM) na realizację projektów badawczo-naukowych w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych. Gdański Uniwersytet Medyczny pełni rolę Sponsora niekomercyjnego badania klinicznego (zgodnie z założeniami Dobrej Praktyki Klinicznej, GCP).

**Numer postępowania: GUM2024 ZP0051**

My niżej podpisani:

*(imię i nazwisko):* ………………………………………………………….

występujący w imieniu i na rzecz:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa firmy:** | **Adres firmy:** |
| NIP:  | e-mail:  |
| Nr KRS:  | BDO: |
| Nr telefonu:  |   |
| Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym:Imię Nazwisko nr telefonu  |
| Wykonawca jest przedsiębiorstwem: ………………(wpisać DZIAŁALNOŚĆ JEDNOOSOBOWA lub MIKRO, MAŁE, ŚREDNIE, DUŻE PRZEDSIĘBIORSTWO)[[1]](#footnote-1) |

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz w projekcie umowy.
2. **OŚWIADCZAMY**, że naszym pełnomocnikiem dla potrzeb niniejszego zamówienia jest:

 *(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę)*

1. **OFERUJEMY** wykonanie całości przedmiotu zamówienia za łączną kwotę brutto: **…………………………… zł.**

 *zgodnie z poniższym formularzem rzeczowo-cenowym:*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **j.m.** | **ilość** | **W przypadku zaproponowania leku równoważnego Zamawiający wymaga podania nazwy produktu** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| **MabThera - dawka 10 mg/ml** | **opakowanie (zawierające 2 fiolki po 10 ml)** | **60 op.** |  |  |  |  |
| **Transport do ośrodka** | **wysyłka** | **x3****Planowane ilość opakowań, w poszczególnych zamówieniach:****1 transza: 20 op.****2 transza: 20 op.****3 transza: 20 op.** |  |  |  |  |

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (w tym ze wzorem umowy) i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
2. **OŚWIADCZAMY,** że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia.
3. **OŚWIADCZAMY,** że w przypadku przyznania niniejszego zamówienia zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach, w terminie i miejscu określonym przez Zamawiającego.
4. **OŚWIADCZAMY,** że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*)
5. **OŚWIADCZAMY,** że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
6. **OŚWIADCZAMY**, że w przypadku przyznania niniejszego zamówienia osobą odpowiedzialną za nadzór nad realizacją umowy będzie      , tel.
7. **OŚWIADCZAMY**, że przedmiot zamówienia zamierzamy zrealizować bez udziału/z udziałem\* podwykonawców;

Podwykonawcom zamierzam/y powierzyć poniższe części zamówienia\*\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Części zamówienia, które Wykonawca powierzy do wykonania podwykonawcy** | **nazwa podwykonawców**  |
| 1. |       |       |

* + - 1. **OŚWIADCZAMY**, że w przypadku przyznania niniejszego zamówienia dostarczane produkty lecznicze będą posiadały świadectwo dopuszczenia do obrotu w Polsce (zgodnie z urzędowym wykazem środków farmaceutycznych, pomocniczych);
			2. **OŚWIADCZAMY**, że odpis lub informacja z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w zakresie art. 109 ust. 1 pkt 4) ustawy, jest dostępny bezpłatnie pod adresem strony internetowej:

……………………………………………………………………................……………………………

* + - 1. **OŚWIADCZAMY**, że nie podlegamy wykluczeniu zgodnie z art. 7 ust. 1 Ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835).
			2. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

 Imię ……………………………… Nazwisko ………………………………..……………….

 nr telefonu …………………. e-mail:………………………………….

**Informacja dla Wykonawcy:**

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).

1. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**.

**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**. [↑](#footnote-ref-1)