# **Załącznik nr 1 do SIWZ**

# ***(formularz ofertowy)***

**OFERTA**

Do

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a

* 1. Gdańsk

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na świadczenie usługi polegającej na zbieraniu i przygotowaniu materiału badawczego w postaci prób materiału biologicznego od pacjentów z chorobą nowotworową piersi, prostaty, pęcherza, okrężnicy oraz choroby Alzheimera w ramach realizowanego projektu: „*Mutacje nabywane w trakcie rozwoju i życia człowieka powodujące zwiększone ryzyko chorób, w szczególności nowotworów”* w programie na Rzecz Nauki Polskiej pt. „Międzynarodowe Agendy Badawcze” finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój, Oś IV: Zwiększenie potencjału naukowo-badawczego, Działanie 4.3. Międzynarodowe Agendy Badawcze, nr umowy MAB/2018/6

**nr postępowania ZP/3/2019**

My niżej podpisani:

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

występujący w imieniu i na rzecz:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa firmy:** | **Adres firmy:** |
| NIP: | e-mail: |
| Nr telefonu: | Nr faksu: |
| Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym: | |
| Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem: ......................... (wpisać TAK lub NIE)[[1]](#footnote-1) | |

składamy ofertę w ramach:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr ……………..\*) -** ………………………………. ……………..  za kwotę:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Cena netto w PLN** | **VAT %** | **Cena brutto w PLN** | |  |  |  |   Słownie brutto złotych: ……………………………………………………………………………….  za 1 miesiąc świadczenia usługi. |
| **Pakiet nr ……………..\*) -** ………………………………. ……………..  za kwotę:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Cena netto w PLN** | **VAT %** | **Cena brutto w PLN** | |  |  |  |   Słownie brutto złotych: ……………………………………………………………………………….  za 1 miesiąc świadczenia usługi. |
| **Pakiet nr ……………..\*) -** ………………………………. ……………..  za kwotę:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Cena netto w PLN** | **VAT %** | **Cena brutto w PLN** | |  |  |  |   Słownie brutto złotych: ……………………………………………………………………………….  za 1 miesiąc świadczenia usługi. |

***\*) wypełnić tylko dla oferowanego pakietu /pakietów spośród wskazanych w tabeli na stronie 2 poniżej***

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia (w tym ze wzorem umowy)   
i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w niej zawarte.

Oświadczamy, że w przypadku przyznania niniejszego zamówienia zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach, w terminie i miejscu określonym przez Zamawiającego;

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\*\*)

W celu prawidłowej realizacji usługi wskazuję osobę odpowiedzialną za koordynację działań w zakresie merytorycznym i administracyjnym:

…………….…..……………………………, tel. ……………. , e-mail: …………………………………

wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1. ………………………………………… - załącznik nr …………..
2. ………………………………………… – załącznik nr …………..
3. ………………………………………… - załącznik nr …………..

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

*miejscowość i data (upełnomocniony(ieni) przedstawiciel(e) Wykonawcy)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*\*) jeżeli nie dotyczy-skreślić*

\*) należy wybrać pakiet/pakiety spośród wskazanych w tabeli poniżej

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr**  **Pakietu** | **Rodzaj choroby** | **Minimalna wymagana liczba próbek od pacjentów chorych (miesięcznie)** | **Maksymalna liczba próbek od pacjentów chorych (miesięcznie)** | **Minimalna łączna liczba próbek od pacjentów chorych** | **Maksymalna łączna liczba próbek od pacjentów chorych** | **Liczba próbek kontrolnych od**  **osób powyżej 55. roku życia bez osobistej historii choroby** |
| **1** | Rak okrężnicy, Rak piersi, Rak prostaty, Rak pęcherza | 40 | 70 | 1440 | 2520 | Zamawiający nie określa liczby próbek kontrolnych.  W miarę postępu realizacji umowy podejmie decyzję o zaprzestaniu ich pobierania. |
| **2** | Rak okrężnicy, Rak piersi, Rak prostaty, Rak pęcherza | 35 | 60 | 1260 | 2160 |
| **3** | Rak okrężnicy, Rak piersi, Rak prostaty, Rak pęcherza | 15 | 26 | 540 | 936 |
| **4** | Rak okrężnicy, Rak piersi, Rak prostaty, Rak pęcherza | 12 | 21 | 432 | 756 |
| **5** | Rak okrężnicy, Rak piersi, Rak prostaty, Rak pęcherza | 10 | 17 | 360 | 612 |
| **6** | Rak okrężnicy, Rak piersi, Rak prostaty, Rak pęcherza | 8 | 14 | 288 | 504 |
| **7** | Alzheimer | 10 | 20 | 360 | 720 |
| **8** | Alzheimer | 8 | 20 | 288 | 720 |

1. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 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)