Zamówienie realizowane ze środków pochodzących z programu pn.: Realizacja Programu Rozwojowego   
w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego   
w Poznaniu’’ - projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, nr umowy   
POWR.05.03.00-00-0005/15-00

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ..........................................................................................................

Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

e-mail ..........................................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji .........................................................................................

nr REGON ............................................................................................................

nr NIP ............................................................................................................

Nr konta Wykonawcy: ….......................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu ze strony Wykonawcy:……………......................, tel.: ……………………

**Do:**  **Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

**e-mail** [**dzp@ump.edu.pl**](mailto:dzp@ump.edu.pl)

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na **dostawę symulatorów, trenażerów oraz sprzętu medycznego na potrzeby Centrum Symulacji Medycznej, z podziałem na 8 części (PN-7/20),** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SIWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Cena jedn. netto (zł)** | **VAT**  **(zł)** | **Cena jedn. brutto**  **(zł)** | **Wartość brutto (zł)**  **(6 x 3)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  | **Symulator osłuchowy do badania i oceny kardiologicznej.** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 1)** | | | | | |  |
|  | **1. Zaawansowany Symulator Pacjenta Dorosłego.** | **1** |  |  |  |  |
| **2. Symulator ALS wersja A** | **1** |  |  |  |  |
| **3. Symulator ALS wersja B.** | **1** |  |  |  |  |
| **4. Zaawansowany symulator dziecka rocznego.** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 2)** | | | | | |  |
|  | **1. Fantom BLS niemowlę.** | **6** |  |  |  |  |
| **2. Fantom BLS dorosły.** | **6** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 3)** | | | | | |  |
| 1. **.** | **1. Trenażer do nauki zabezpieczania dróg oddechowych dorosły.** | **6** |  |  |  |  |
| **2. Fantom do nauki drenażu  i igłowego odbarczania klatki piersiowej.** | **2** |  |  |  |  |
| **3.Fantom do nauki badania jamy brzusznej.** | **1** |  |  |  |  |
| **4.Trenażer do cewnikowania.** | **2** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 4)** | | | | | |  |
|  | **1. Trenażer do iniekcji dożylnej.** | **4** |  |  |  |  |
| **2.Trenażer do konikotomii.** | **2** |  |  |  |  |
| **3.Trenażer do zgłębnikowania.** | **2** |  |  |  |  |
| **4.Trenażer do iniekcji śródskórnych.** | **4** |  |  |  |  |
| **5. Trenażer pediatryczny do nauki wkłucia lędźwiowego.** | **2** |  |  |  |  |
| **6.Trenażer do dostępu centralnego.** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 5)** | | | | | |  |
|  | **Tors porodowy.** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 6)** | | | | | |  |
|  | **1. Defibrylator wersja A.** | **1** |  |  |  |  |
| **2. Defibrylator wersja B.** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 7)** | | | | | |  |
|  | **Symulator laparoskopowy.** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM (część nr 8)** | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty prawidłowego wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. 2. Oświadczamy, że przedmiot zamówieniazostanie wykonany w nieprzekraczalnym terminie:   **(maksymalnie do 16 tygodni, należy podać w pełnych tygodniach)**  **Część 1………………**  **Część 2………………**  **Część 3………………**  **Część 4………………**  **Część 5………………**  **Część 6………………**  **Część 7………………**  **Część 8………………**   1. Na przedmiot zamówienia udzielamy gwarancji na okres (należy podać w pełnych miesiącach - minimum 24 miesiące:   **Część 1………………**  **Część 2………………**  **Część 3………………**  **Część 4………………**  **Część 5………………**  **Część 6………………**  **Część 7………………**  **Część 8………………**   1. Termin płatności zgodnie z projektem umowy załączonym do SIWZ. 2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. 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:**  |  |  | | --- | --- | | Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy | |  |  | |  |  |  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:   9.1. ….................................................................................................  9.2. ….................................................................................................  9.3. ….................................................................................................  *Formularz należy podpisać*  *kwalifikowanym podpisem elektronicznym*  podpisy osób/-y uprawnionych/-ej  ***\* Właściwe zaznaczyć***  *miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |