Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

(formularz ofertowy)

**OFERTA**

Do

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a

80-210 Gdańsk

Nawiązując do ogłoszenia o udzielanym zamówieniu z dziedziny nauki dotyczącym sukcesywnej usługi etykietowania wraz ze zwolnieniem oraz dystrybucją produktu leczniczego Brilique do 20 Ośrodków na terenie Polski w ramach projektu finansowanego przez Agencję Badań Medycznych pt. Podwójna terapia przeciwzakrzepowa dabigatranem i tikagrelorem u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym i niezastawkowym migotaniem przedsionków poddawanych przezskórnej interwencji wieńcowej; ang. Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran and Ticagrelor in Patients with Acute Coronary Syndrome and Non-valvular Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention **ADONIS-PCI**. Umowa nr 2019/ABM/01/00027.

**Numer sprawy: GUM2022ZP0002**

My niżej podpisani:

*(imię i nazwisko):*

występujący w imieniu i na rzecz:

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa firmy:** | **Adres firmy:** |
| NIP: | e-mail: |
| Nr KRS: |  |
| 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 Ogłoszeniu oraz w projekcie umowy.
2. **OŚWIADCZAMY**, że naszym pełnomocnikiem dla potrzeb niniejszego zamówienia jest:

*(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę)*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Usługa** | **Cena jednostkowa brutto w zł.** | **Ilość [szt]** | **Całkowita wartość**  **Brutto w zł.** |
| ***1*** | ***2*** | ***4*** | ***5*** | ***6 (4 x 5)*** |
| 1 | Przygotowanie 1 op. produktu leczniczego (etykietowanie, zwolnienie oraz inne koszty niezbędne do przygotowania produktu) |  | 15 140 |  |
| 2 | Transport produktu leczniczego na terenie Polski |  | 60 |  |
| **RAZEM:** | | | |  |

* + - 1. **OŚWIADCZAMY,** że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia.
      2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z warunkami Ogłoszenia (w tym ze wzorem umowy) i uznajemy się za związanych określonymi tam postanowieniami i zasadami postępowania.
      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 uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Ogłoszeniu.
      5. **OŚWIADCZAMY**, że w przypadku przyznania niniejszego zamówienia wyznaczonym do koordynowania prac i kontaktów z Zamawiającym ze strony Wykonawcy będzie Pan/Pani      , tel.      , e-mail:      .
      6. **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. |  |  |

\*\*) wypełnić jeżeli dotyczy

1. wraz z ofertą składamy następujące oświadczenia i dokumenty:
2. - załącznik nr
3. - załącznik nr

*\*) jeżeli nie dotyczy - skreślić*

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA** |

Nawiązując do ogłoszenia o udzielanym zamówieniu z dziedziny nauki dotyczącym sukcesywnej usługi etykietowania wraz ze zwolnieniem oraz dystrybucją produktu leczniczego Brilique do 20 Ośrodków na terenie Polski w ramach projektu finansowanego przez Agencję Badań Medycznych pt. Podwójna terapia przeciwzakrzepowa dabigatranem i tikagrelorem u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym i niezastawkowym migotaniem przedsionków poddawanych przezskórnej interwencji wieńcowej; ang. Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran and Ticagrelor in Patients with Acute Coronary Syndrome and Non-valvular Atrial Fibrillation Undergoing Percutaneous Coronary Intervention **ADONIS-PCI**. Umowa nr 2019/ABM/01/00027.

**Nr sprawy: GUM2022ZP00002**

Ja (imię i nazwisko) ......................................................................................................................

reprezentując Firmę ......................................................................................................................

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4) ustawy Prawo zamówień publicznych oraz spełniam warunki udziału określone przez Zamawiającego w Ogłoszeniu dot. dysponowania osobą/osobami skierowanymi do realizacji zamówienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ……..… ustawy pzp *(podać mająca zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt. 1, 2, 5 lub 6 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:\*)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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 przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*) jeżeli dotyczy*

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)