Załącznik nr 2 do SWZ

**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 w Poznaniu**

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

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

Odpowiadając na ogłoszenie o **zamówieniu publicznym** na **opracowanie i wdrożenie systemu informatycznego dla Wielkopolskiego Centrum Medycyny Cyfrowej (WCMC) wraz z rozbudową systemów informacji szpitalnej (HIS) Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego (USK), Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (GPSK), Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (ORSK), Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SKKJ) oraz Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Spółka z o.o., w ramach projektu Agencji Badań Medycznych pt. „Wielkopolskie Centrum Medycyny Cyfrowej”, 2023/ABM/02/00007-00   
(PN-80/24),** procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego**,** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. **Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **zł netto** | **zł VAT** | **zł brutto** |
|  | Etap I | ……………. zł | ………. zł | ……………. zł |
|  | Etap II | ……………. zł | ………. zł | ……………. zł |
|  | Etap III | ……………. zł | ………. zł | ……………. zł |
|  | Etap IV | ……………. zł | ………. zł | ……………. zł |
|  | Etap V | ……………. zł | ………. zł | ……………. zł |
|  | Godziny Rozwojowe (1500 godzin) Stawka za jedną roboczogodzinę  x 1500 godzin | ……………. zł | ………. zł | ……………. zł |
|  | | | RAZEM | ……………. zł |

Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, w szczególności dostawę licencji, sprzętu i oprogramowania, wdrożenie, integrację, utrzymanie oraz usługi rozwoju i gwarancji oraz szkolenie.

1. **Koszt serwisu pogwarancyjnego – prawo opcji**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Kwota  w zł netto  za 1 miesiąc świadczenia usługi** | **Maksymalna liczba miesięcy świadczenia usługi** | **Wartość w zł netto za maksymalną liczbę miesięcy świadczenia usługi** (kwota w zł netto za 1 miesiąc świadczenia usługi x maksymalna liczba miesięcy świadczenia usługi) | **Wartość w zł brutto za maksymalną liczbę miesięcy świadczenia usługi** (wartość w zł netto za maksymalną liczbę miesięcy świadczenia usługi + VAT) |
| Koszt serwisu pogwarancyjnego  – prawo opcji | ……… zł netto | 24 | ………….. zł netto | **……….. zł brutto** |

Koszt ten nie może przekroczyć 5% kwoty przedmiotu zamówienia dot. „łącznej ceny brutto”. Serwis pogwarancyjny może zostać zlecony przez Zamawiającego na maksymalny okres do 24 miesięcy, na zasadach identycznych do warunków gwarancji z umowy i Opisu Przedmiotu Zamówienia. Koszt serwisu pogwarancyjnego w okresie 24 miesięcy będzie niezmienny.

1. **Okres utrzymania systemu (gwarancja)**

Wykonawca zobowiązuje się do udzielenia **….…… miesięcy** gwarancji utrzymania systemu (min. 48 miesięcy).

1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
2. 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.
3. Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

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 podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

osób/-y uprawnionych/-ej