***Wzór formularza oferty***

**OFERTA W POSTĘPOWANIU**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Warszawski Uniwersytet Medyczny**

ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

REGON: 000288917

NIP: 525-00-05-828

**WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca: |  |
| Adres siedziby: |  |
| NIP: |  |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Miejsce prowadzenia epidemiologicznego badania kohortowego (województwo): |  |
| Rodzaj ośrodka AOS/POZ: |  |
| Deklarowana liczba rodzin: |  |

w odpowiedzi na Zaproszenie do złożenia ofert cenowych nr **APP/515/ABM35/2025** na świadczenie medycznych usług ambulatoryjnych, polegających na efektywnym włączeniu do badania minimum 50 rodzin [za rodzinę uznaje się dziecko w wieku 6-7 lat oraz jedno z jego biologicznych rodziców skutecznie włączonych do kohorty atopowej (Ośrodek – placówka AOS) lub nieatopowej (Ośrodek – placówka POZ)] oraz na sprawowaniu nad nimi opieki przez okres 6 lat, w ramach realizacji projektu epidemiologicznego badania kohortowego.

Oświadczam, że akceptuję cenę jednostkową wskazaną w zapytaniu ofertowym, tj. ………….. zł brutto za rodzinę, zgodnie z ustalonym budżetem badania.

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że określona całkowita cena brutto zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, w tym ryzyko Wykonawcy z tytułu oszacowania wszelkich kosztów związanych z jego realizacją. Niedoszacowanie, pominięcie oraz brak rozpoznania zakresu przedmiotu zamówienia nie będą podstawą do żądania zmiany wynagrodzenia określonego w pkt. 1.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i wszystkimi załącznikami i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i do właściwego wykonania zamówienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą na czas wskazany w Zapytaniu ofertowym, tj. 60 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że akceptuję Istotne postanowienia umowy określone w rozdziale XIII Zapytania ofertowego. Jednocześnie zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w niej przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że wypełniłam/łem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO tj. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam/łem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

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

Miejsce i data (czytelny podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM**

Oświadczam, iż nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającym czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii

prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

Miejsce i data (czytelny podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

W odpowiedzi zapytanie ofertowe nr APP/515/ABM35/2025:

Oświadczam, ze Wykonawca dysponuje lub będzie dysponował na czas realizacji zamówienia:

* 1. posiadam odpowiedni wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz kwalifikacje wymagane odrębnymi przepisami i zobowiązują się do wykonywania świadczeń medycznych, będących przedmiotem niniejszej umowy, przez wykwalifikowaną kadrę medyczną;
  2. posiadam obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 4 września 2023 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2023 r., poz. 1930);
  3. będę dysponować, na czas realizacji badania, odpowiednimi zasobami technicznymi niezbędnymi do wykonania przedmiotu Zamówienia w postaci:

1. gabinetu lekarskiego umożliwiającego udzielanie przez lekarzy świadczeń medycznych, zgodnie z ustalonymi harmonogramami pracy,
2. gabinetu zabiegowego umożliwiającego wykonywanie w ramach udzielanych świadczeń medycznych zabiegów i procedur diagnostycznych (pobrań krwi) związanych bezpośrednio z realizacją projektu,
3. aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych,
4. termometr do pomiaru temperatury,
5. centymetr do pomiaru obwodów,
6. sprzętu i pomocy do przeprowadzenia testów przesiewowych dzieci i młodzieży,
7. kontraktu z medycznym laboratorium diagnostycznym/ możliwość wykonania przez Ośrodek badań laboratoryjnych
8. stanowiska komputerowego z najnowszymi aktualizacjami dla danego środowiska, wyposażone w przeglądarkę internetową Chrome lub Edge; dostęp do internetu o szybkości pozwalającej na korzystanie ze stron internetowych,
9. zamrażarki (optymalnie zamrażarka niskotemperaturowa na -80oC; minimum zamrażarka na -20oC) w celu przechowywania pobranych próbek krwi do czasu odebrania ich przez Zleceniodawcę,
10. telefonu,
11. pomieszczenia (bądź przystosowana szafa) do przechowywania dokumentacji medycznej,
12. poczekalni dla świadczeniobiorców,
13. pomieszczenia sanitarnego.
    1. Będę dysponować na czas realizacji badania doświadczonym personelem, kompetentnym do przeprowadzenia pobrań krwi oraz zabezpieczenia pobranych próbek w celu przekazania ich do Laboratorium.

W Ośrodkach – placówkach AOS minimum:

1. Lekarz specjalista w dziedzinie alergologii albo lekarz specjalista w dziedzinie alergologii oraz posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób płuc, lub specjalista w dziedzinie chorób płuc (**rola: Główny Badacz w Ośrodku/Współbadacz**).
2. Pielęgniarki posiadające kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) (rola: **pozostali członkowie Zespołu Badawczego**).

W Ośrodkach – placówkach POZ minimum:

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515) (**rola: Badacz w Ośrodku/Współbadacz)**.
2. Pielęgniarki posiadające kwalifikacje określone w art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) (**rola: pozostali członkowie Zespołu Badawczego**).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.

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

Miejsce i data (podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach

rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PRZEPISÓW SANKCYJNYCH ZWIĄZANYCH Z WOJNĄ NA UKRAINIE**

1. W związku z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oświadczam, że:
2. Wykonawca jest\* / nie jest\* wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy;
3. beneficjentem rzeczywistym Wykonawcy w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest\* / nie jest\* osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy;
4. jednostką dominującą Wykonawcy w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest\* / nie jest\* podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy.
5. W związku z art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) NR 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. oświadczam, że:
6. jestem\* / nie jestem\* obywatelem rosyjskim lub osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji,
7. jestem\* / nie jestem\* osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do podmiotu, o którym mowa w pkt 1),
8. jestem\* / nie jestem\* osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w pkt 1) lub 2).

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

Miejsce i data (podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach

rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)

Oświadczam, że:

* Beneficjent rzeczywisty Wykonawcy, w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, **nie jest osobą wymienioną**:
  + w wykazie określonym w Rozporządzeniu Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącym środków ograniczających skierowanych przeciwko prezydentowi Aleksandrowi Łukaszence i niektórym urzędnikom z Białorusi;
  + ani w wykazie określonym w Rozporządzeniu Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
  + ani na liście, o której mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego;
* Beneficjent rzeczywisty Wykonawcy **nie został wpisany na żadną z ww. list od dnia 24 lutego 2022 r.** na podstawie decyzji rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy.

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

Miejsce i data (podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach

rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)