***Wzór formularza oferty***

**OFERTA W POSTĘPOWANIU** NR APP/490/ABM25/2024

**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: |  |

w odpowiedzi na Zaproszenie do złożenia ofert cenowych nr APP/482/ABM25/2024 na *wykonanie* *usługi cateringowa polegającej na wytworzeniu, pakowaniu i dostarczeniu posiłków dla pacjentów, wg. ścisłych wytycznych opracowanych przez niezależnego specjalistę - dietetyka, pacjentom skolonizowym lekoopornymi szczepami bakterii, zakwalifikowanym do terapii w ramach eksperymentu medycznego pt. „Wieloośrodkowe, randomizowane, niezaślepione, trójramienne badanie skuteczności transplantacji mikrobioty jelitowej vs probiotykoterapii vs diety wspomagającej wzrost eubiotycznej mikrobioty jelitowej w celu dekolonizacji bakterii antybiotykoopornych z przewodu pokarmowego pacjentów skolonizowanych najbardziej istotnymi klinicznie szczepami antybiotykoopornymi. Poszukiwanie strategii odpowiedzi na alarm WHO ws. zagrożenia „nową pandemią” antybiotykooporności. Badanie STOP-ARB”. Dieta ma za zadanie wspomagać rozwój i wzrost eubiotycznej mikrobioty jelitowej pacjentów zakwalifikowanych i włączonych do badania. Celem badania jest ocena bezpieczeństwa i skuteczności FMT (grupa badana) w porównaniu do grup otrzymujących probiotyk oraz dietę eubiotyczną, stymulującą mikrobiotę jelitową..* składam poniższą ofertę na następujących warunkach:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za całkowitą cenę brutto [PLN], zgodnie z poniższym kosztorysem:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia  | ilość szt. | cena jednostkowa (PLN) | wartość netto(PLN) | stawka VAT (%)(PLN) | VAT w zł(PLN) | Wartość brutto(PLN) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=3x4 | 6 | 7 | 8=5+7 |
| 1 | *Wytworzenie, zapakowanie oraz dostarczenie posiłków na 1 dzień specjalistycznej diety w przeliczeniu na 1 pacjenta* | 3496 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM** |  |  |  |  |

**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 wzór umowy załączony do 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/490/ABM25/2024 oświadczam, że:

1. Posiadam co najmniej 3-letnie doświadczenie odpowiadające pełnemu zakresowi zamówienia tj. wytworzenie, pakowanie, dostawa (dopuszczalne podwykonawstwo).
2. Będę dysponować na czas eksperymentu badawczego:
3. sprzętem do wyrobu i przechowywania posiłków oraz posiada wagi z dokładnością minimum 5g do odważania surowców, urządzenia do schładzania szokowego wykonywanych wyrobów/posiłków, urządzenia do pakowania w atmosferze ochronnej,
4. potencjałem osobowym/personalnym pozwalającym na realizację zamówienia Wykonawca dysponuje osobą posiadającą :
* wykształcenie wyższe z zakresu dietetyki
1. własnym potencjałem transportowym niezbędnym do realizacji dostaw chłodniczych posiłków na terenie całej Polski LUB podwykonawstwem usługi transportowej niezbędnej do realizacji dostaw chłodniczych posiłków na terenie całej Polski. Usługa transportu Wykonawcy lub podwykonawcy musi spełniać wymogi: wdrożenia systemu HCCP, procedur GHP (Dobrej Praktyki Higienicznej) oraz posiadać pozytywną decyzję Inspektoratu Sanitarnego na przewóz żywności w kontrolowanej temperaturze, z listą zgłoszonych środków transportu do przewozu żywności. Wykonawca jest zobowiązany zapewnić transport chłodniczy posiłków bez przerwania łańcucha chłodniczego, na terenie całej Polski tj. z zapewnieniem monitorowania temperatury oraz prowadzenia dokumentacji, która umożliwia śledzenie warunków transportu, aby zapewnić zgodność z przepisami i standardami jakości.

Na potwierdzenie warunków do oferty załączam/my następujące dokumenty:

1. kopię potwierdzenia wpisu do CEIDG lub KRS oraz kopię pozwolenia SANEPID na prowadzenie działalności gastronomicznej
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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)