Załącznik nr 1 do SWZ

Nr postępowania: ZP/37/2025

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź

**Formularz oferty**

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

NIP: ……………………………………………………………………. REGON: …………………………………….…………………………..……

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:

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

Nr telefonu: ………………………………………………………

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:

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

Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym

postępowaniem: e-mail ………………………………………………………………

Oferta Wykonawcy: w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

Sukcesywna dostawa produktów leczniczych oraz uzupełniających (cyklosporyna, metotreksat, takrolimus, kwas foliowy, mometazon, emolienty) do realizacji niekomercyjnego badania klinicznego „Prospektywne, randomizowane, otwarte badanie kliniczne III fazy z zaślepieniem oceny punktu końcowego oceniające skuteczność i bezpieczeństwo stosowania cyklosporyny i metotreksatu u dzieci i młodzieży z atopowym zapaleniem skóry o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego

wykonanie zamówienia według kryteriów:

Pakiet I : Kryterium nr 1 – Cena (waga kryterium 100%):

Cena netto: ………………………….. zł, stawka VAT: ………%, co stanowi:

Cena brutto: …………………………. Zł

Łącznie słownie złotych brutto:.........................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia  (wpisać dane) | Jedn. miary | *Ilość* | Cena jedn. netto w zł | VAT % | *Cena jedn. brutto w zł* | Wartość ogółem netto w zł | *Wartość ogółem brutto w zł* | *kod EAN* |
| Cyklosporyna o pojemności 50 ml w formie roztworu doustnego  Nazwa handlowa/postać......  Producent/nr świadectwa rejestracji............... | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| Metotreksat o pojemności 60 ml w formie roztworu doustnego  Nazwa handlowa/postać......  Producent/nr świadectwa rejestracji............... | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |
| Takrolimus o wielkości 30 g w formie maści o stężeniu 1 mg/g  Nazwa handlowa/postać......  Producent/nr świadectwa rejestracji............... | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| Takrolimus o wielkości 30 g w formie maści o stężeniu 0,3 mg/g  Nazwa handlowa/postać......  Producent/nr świadectwa rejestracji............... | op. | 550 |  |  |  |  |  |  |
| Emolient dla dzieci o wielkości 500 g w formie kremu dermokosmetyk  Nazwa handlowa……….  Producent……………….  nr. świadectwa rejestr./pozwolenia………. | op. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| Kwas foliowy o mocy 15 mg w formie tabletek op.30 szt.  Nazwa handlowa……….  Producent………………  nr.świadectwa rejestr./pozwolenia………. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| Mometazon o wielkości 100 g w formie maści o stężeniu 1 mg / g  Nazwa handlowa……….  Producent………………  nr. świadectwa rejestr./pozwolenia………. | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |

Oświadczenia Wykonawcy:

1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminie określonym w SWZ oraz we Wzorze umowy;
2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1;
5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi na zasadach opisanych we wzorze umowy
6. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia**:

(wypełnić o ile są znani na tym etapie)

| Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczamy, że wykonujemy działalność jako:

| Należy zaznaczyć odpowiednie pole | Podział działalności gospodarczej ze względu na wielkość (rodzaj) |
| --- | --- |
|  | mikroprzedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR), |
|  | małe przedsiębiorstwo (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR), |
|  | średnie przedsiębiorstwo (to 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), |
|  | jestem dużym przedsiębiorstwem, |
|  | prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą. |

Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:

1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy

jest ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

e-mail: ………………………………………………………………………… tel.: ………………………………………………………………

Spis treści:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Formularz oferty – Załącznik nr 1 do SWZ musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym