**Załącznik nr 3 do SWZ**

**…………………………**

*(miejscowość, data)*

**FORMULARZ OFERTY**

Pełna nazwa wykonawcy:

................................................................................................................

................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................

 (kod, miasto, ulica, numer domu)

Województwo i powiat: .........................................................................

Nr tel. .....................................................................................................

Adres e – mail ........................................................................................

Strona www. ..........................................................................................

NIP: ........................................................................................................

REGON: .................................................................................................

Nazwa banku i nr oddziału .....................................................................
Nr rachunku bankowego *(26 cyfrowy w standardzie NRB):*

.................................................................................................................

**Rodzaj wykonawcy - *proszę o uzupełnienie*:**

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

*(możliwe do wyboru: mikroprzedsiębiorstwo, małe przedsiębiorstwo, średnie przedsiębiorstwo, jednoosobowa działalność gospodarcza, osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej, inny rodzaj)*

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w przedmiocie:

**Usługi laboratoryjne i medyczne, na rzecz badania naukowego “Identyfikacja markerów metabolicznej stłuszczeniowej choroby wątroby”**

zgodnie z warunkami i wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, zwanej dalej „SWZ” oraz w załącznikach do SWZ oferujemy:

1. Za cenę oferty w wysokości (uwzględniającą „prawo opcji I i II” – do celów porównania ofert):
	1. CENA OFERTY NETTO: ............................ zł *(słownie złotych: ..................................*
	2. Stawka podatku VAT …...…%\*
	3. CENA OFERTY BRUTTO: ............................ zł\* *(słownie złotych: ...................................)\**

Wyliczoną zgodnie z poniższymi tabelami – jako suma wyniku z tabeli 1 + tabeli 2 + tabeli 3:

Tabela 1 - ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa z SWZ** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Ilość uczestników badania** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka Vat (%)** | **Wartość podatku Vat (PLN)** | **Wartość Brutto (PLN)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5=3\*4** | **7** | **8=6\*7** | **9=5+8** |
| **1.** | **Przeprowadzenie i koordynacja badań laboratoryjnych na podstawie unikalnego zestawu 400 kodów dla uczestników badania naukowego** |   | 400 |   |   |   |   |
| **SUMA ZAMÓWIENIA PODSTAWOWEGO** |   |   |   |   |

Tabela 2 - ZAMÓWIENIE W RAMACH PRAWA OPCJI I:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa z SWZ** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Ilość uczestników badania** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka Vat (%)** | **Wartość podatku Vat (PLN)** | **Wartość Brutto (PLN)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5=3\*4** | **7** | **8=6\*7** | **9=5+8** |
| **1.** | **Przeprowadzenie i koordynacja badań laboratoryjnych w tym unikalny zestaw 100 kodów dla uczestników badania naukowego** |   | 100 |   |   |   |   |
| **SUMA OPCJI I:** |  |  |  |  |

Tabela 3 - ZAMÓWIENIE W RAMACH PRAWA OPCJI II:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa z SWZ** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Ilość uczestników badania** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka Vat (%)** | **Wartość podatku Vat (PLN)** | **Wartość Brutto (PLN)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5=3\*4** | **7** | **8=6\*7** | **9=5+8** |
| **2** | **Wizyta kontrolna - lekarska u lekarza internisty lub lekarza rodzinnego w celu omówienia wyników badań. Wizyta w placówce wykonawcy na terenie Warszawy, w ciągu 21 dni od dnia uzyskania wyników badań.** |  | 500 |  |  |  |  |
| **SUMA OPCJI II:** |  |  |  |  |

* + - 1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SWZ wraz z załącznikami oraz wyjaśnieniami\* i/lub zmianami\* SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami
			i zasadami postępowania i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.
			2. Oświadczamy, że powyższa cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.

Oświadczamy, że podana w ofercie stawka podatku od towarów i usług VAT jest zgodna z przepisami Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2024 r. Nr 361).\*

\*oświadczenie nie dotyczy wykonawcy mającego siedzibę lub miejsce zamieszkania poza Polską

Oświadczam, że wybór Naszej oferty:

− nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług \*

− będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego od następujących towarów/usług zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług \*: ……………………………………………… - …………………………………..………………… zł netto

Nazwa towaru/usługi wartość bez kwoty podatku VAT

\*Podstawa prawna: art. 225 ustawy.

* + - 1. Oświadczamy, że akceptujemy warunki gwarancji i płatności za zrealizowanie przedmiotu zamówienia określone w SWZ.
			2. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
			3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert, tj. do dnia wskazanego w Rozdziale IX pkt 1. SWZ.
			4. Realizację usług objętych przedmiotem zamówienia wykonamy sami bez udziału podwykonawców/ z udziałem podwykonawców\*:

|  |  |
| --- | --- |
| *Część zamówienia, którą zamierzamy powierzyć podwykonawcom* | *Nazwa (firma) podwykonawcy* |
|  |  |
|  |  |

* + - 1. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od \_\_\_\_ do \_\_\_\_ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

*(Zamawiający wskazuje, iż zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 ustawy)*

* + - 1. Istotne postanowienia umowy Zamawiającego akceptujemy bez zastrzeżeń
			i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. Oświadczamy, iż nie umieścimy lub nie będziemy żądać umieszczania w zawieranej umowie po wyborze naszej oferty, jakichkolwiek postanowień z wyjątkiem postanowień o charakterze informacyjnych lub wskazujących na sposób wykonywania umowy w zakresie komunikacji stron i form tej komunikacji.
			2. Ofertę niniejszą składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.
			3. Wnieśliśmy wadium o wartości ………………. w formie…………………….., które należy zwrócić na nr konta ………………………………………………….………… (jeżeli dotyczy)\*.
			4. Informujemy o dostępności wymaganych w SWZ podmiotowych środków dowodowych, zgodnie z art. 127 ust. 2 ustawy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oświadczenia lub dokumentu | Dokładne dane referencyjne dokumentacji lub numer i nazwa postępowania o udzielenie zamówienia u Zamawiającego, w którym wykonawca złożył oświadczenia lub dokumenty |
|  |  |
|  |  |

Jednocześnie potwierdzam prawidłowość i aktualność ww. dokumentów i oświadczeń.

* + - 1. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

a) ………………………………………………………….

b) ……………………………………………………….itd.

* + - 1. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem, w przypadku niekorzystania z Platformy zakupowej, należy kierować do:

Imię i nazwisko: ……………………………………………

Telefon…………………….. , e-mail: ……………………………………………………..

* + - 1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych
			w niniejszej ofercie, zgodnie z klauzulą informacyjną umieszczoną w Rozdziale XX SWZ oraz, 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. OŚWIADCZAM, że zgodnie z załączonym pełnomocnictwem Pełnomocnikiem
			do reprezentowania nas w postępowaniu lub reprezentowania nas w postępowaniu i zawarcia umowy jest:

 …………………………………………………………………………….…………….

(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę lub wykonawcy, którzy w powyższym zakresie ustanowili pełnomocnictwo)

 ……………………………………., dnia …...................................................…….. 2025 roku

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

**UWAGA! Dokument musi zostać podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentacji wraz z dołączeniem dokumentów potwierdzających to uprawnienie zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ.**

 **Załącznik nr 4 do SWZ**

Wykonawca:

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

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

(pełna nazwa/firma, adres, a także w zależności od podmiotu numer identyfikacyjny z odpowiedniego rejestru publicznego)

**Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej**

**w Warszawie**

**ul. Ks. Trojdena 4,**

**02-109 Warszawa**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAMÓWIENIE**

**lub**

**PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY[[1]](#footnote-2)**

***w zakresie spełniania warunków i braku podstaw do wykluczenia,***

***składane zgodnie z art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.***

***Prawo zamówień publicznych, zwanej dalej „ustawą Pzp”***

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego o sygnaturze ADZ.261.9.2025 na:

**Usługi laboratoryjne i medyczne, na rzecz badania naukowego “Identyfikacja markerów metabolicznej stłuszczeniowej choroby wątroby”**

oświadczam co następuje:

**Część I: Niepodleganie wykluczeniu oraz spełnianie warunków udziału.**

Oświadczam, że:

1. Nie podlegam(-y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 6, 8 i 10 ustawy Pzp;
2. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 507).
3. Spełniam(-y) warunki udziału w postępowaniu określone w SWZ, tj.:
	1. W okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonałem (lub jestem w trakcie wykonywania) 2 usługi medyczne (2 umowy) obejmujące swoim zakresem przeprowadzenie badań laboratoryjnych diagnostycznych na grupie co najmniej 300 osób w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy.
	2. dysponuję co najmniej 20 placówkami na terenie Warszawy.

**Część II: Środki naprawcze (*wypełnić tylko jeżeli dotyczy)***

Oświadczam(-y), że zachodzą w stosunku do mnie (nas) podstawy wykluczenia z postępowania określone w art. …………. ustawy Pzp[[2]](#footnote-3). Jednocześnie oświadczam(-y), że w związku
z ww. okolicznością podjęto odpowiednie środki naprawcze. Dowody na to, że podjęte środki
są wystarczające do wykazania rzetelności wykonawcy dołączam(-y) do oferty.

**Zamawiający w oparciu o dołączone przez wykonawcę dowody oceni, czy podjęte przez niego czynności są wystarczające do wykazania jego rzetelności, uwzględniając wagę i szczególne okoliczności czynu wykonawcy. Jeżeli podjęte przez wykonawcę czynności, nie zostaną uznane za wystarczające do wykazania jego rzetelności, Zamawiający wykluczy wykonawcę.**

**Część III: Informacja w związku z poleganiem na zasobach innych podmiotów (*wypełnić tylko jeżeli dotyczy).***

Oświadczam(-y), że w celu wykazania spełniania warunków udziału w przedmiotowym postępowaniu, polegam na zasobach następujących podmiotu(-ów):

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

(podać pełną nazwę/firmę, adres, zakres, a także w zależności od podmiotu numer identyfikacyjny z odpowiedniego rejestru publicznego).

**Oświadczam, że w odniesieniu do ww. podmiotu nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania.**

**W przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby wraz z niniejszym oświadczeniem, należy przedstawić także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu, w zakresie, w jakim powołuję się na jego zasoby.**

**Część IV: Klauzula dotycząca podanych informacji.**

Oświadczam, że 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.

**............................, dnia, ............................. ..............................................................................**

**Miejscowość Data Podpis(-y) osoby(osób) uprawnionej (-ych) do reprezentowania**

**wykonawcy / podmiotu udostępniającego zasoby wykonawcy**

**UWAGA! Dokument musi zostać podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentacji wykonawcy/podmiotu udostępniającego zasoby wraz z dołączeniem dokumentów potwierdzających to uprawnienie zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ**

Poniższe oświadczenie należy złożyć w przypadku, gdy wykonawcy wspólnie ubiegają się o udzielenie zamówienia (w tym gdy wykonawcą jest spółka cywilna).

**Załącznik nr 5 do SWZ**

Pełna nazwa wykonawcy:

................................................................................................................

................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................

 (kod, miasto, ulica, numer domu)

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:**

**Usługi laboratoryjne i medyczne, na rzecz badania naukowego “Identyfikacja markerów metabolicznej stłuszczeniowej choroby wątroby”**

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie składających ofertę**

**składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawieoświadczam, że:

1. ……………………………. (nazwa wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia ………………………….
2. ……………………………. (nazwa wykonawcy) wykona w następującym zakresie przedmiot zamówienia …………………………..

**UWAGA! Dokument musi zostać podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentacji wraz z dołączeniem dokumentów potwierdzających to uprawnienie zgodnie z wymaganiami określonymi w SWZ**

1. Niniejsze oświadczenie jest zobowiązany złożyć wykonawca, w przypadku gdy samodzielnie wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub **wykonawca i podmiot udostępniający zasoby wykonawcy**, w przypadku, gdy wykonawca w celu wykazania spełniania warunku udziału w postepowaniu korzysta z potencjału podmiotu trzeciego. [↑](#footnote-ref-2)
2. Należy podać właściwą podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 8 i 10 ustawy Pzp. [↑](#footnote-ref-3)