

....., dnia

Do:
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
Dział Inwestycyjno-Techniczny
ul. Rokietnicka 7
60-806 Poznań

FORMULARZ OFERTY

1. Nazwa i adres WYKONAWCY

- Nazwa:
- Adres:
- Email:
- NIP:....., REGON
- nr Rachunku Bankowego:
- Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, dotyczącego:

Naprawy elewacji budynku Collegium Heliodori Świąćicki w Poznaniu, w obszarach po demontażu kanałów wentylacyjnych jednostek naukowych UMP za cenę:

Cena netto	Podatek VAT	Cena brutto
_____, ____ zł	_____, ____ zł	_____, ____ zł

cena brutto słownie:

2. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę zgodnie z tym projektem.
4. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty prawidłowego wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
5. Oświadczam, że uważam się związana/związany niniejszą ofertą przez czas wskazany w ~~zapytaniu ofertowym~~/ogłoszeniu o przetargu otwartym *
6. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego.

7. Oświadczam, że wypełniłem/wypełniłam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o zamówienie w niniejszym postępowaniu.

8. Oświadczenie Sankcyjne:

- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu na podstawie 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 oraz na podstawie art. 5k 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 2022/576 (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1).

9. Oświadczenie o braku powiązania kapitałowo – osobowego: *

Oświadczam, że nie jestem podmiotem powiązany z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu lub osobami upoważnionymi do zaciągnięcia zobowiązań w imieniu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu lub osobami wykonującymi w imieniu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IŻ PO;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

10. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kompetencje do realizacji przedmiotu zamówienia,

11. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez Zamawiającego (*w tym o sytuacji ekonomicznej i finansowej oraz zdolności technicznej lub zawodowej*).

..... dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis osoby uprawnionej)