**ZP/26/2023**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ PONIŻEJ 130 000 ZŁOTYCH**

**za zadanie pn.:**

**„Usługa Psychologa, który będzie Członkiem Zespołu Badawczego na potrzeby badania klinicznego „LAMAinDiab” - lisdeksamfetamina vs metylfenidat dla pacjentów pediatrycznych z zespołem ADHD i cukrzycą typu 1 - randomizowane krzyżowe badanie kliniczne”**

Dane dotyczące Wykonawcy

Imię i nazwisko / Nazwa: ..............................................................................................................................................

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

Nr telefonu/faks.......................................................................................................................................

NIP\*\*: ......................................................................................................................................................

REGON\*\*: ...............................................................................................................................................

*\*\*o ile dotyczy*

**adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dane dotyczące Zamawiającego**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**ul. Pomorska 251, 92-213 – Łódź**

**Zobowiązania Wykonawcy:**

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia pn.: **„Usługa Psychologa, który będzie Członkiem Zespołu Badawczego na potrzeby badania klinicznego „LAMAinDiab” - lisdeksamfetamina vs metylfenidat dla pacjentów pediatrycznych z zespołem ADHD i cukrzycą typu 1 - randomizowane krzyżowe badanie kliniczne”**, zgodnie ze wskazaniami Zamawiającego,

**za cenę za 1 miesiąc świadczenia usługi:**

Brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN

słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyrażam/nie wyrażam**\* zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania.

\*niewłaściwe skreślić

1. Zobowiązuję się wykonać zamówienie w terminie określonym w zapytaniu ofertowym
2. Oświadczam, iż jestem związana/y ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Wykaz osób z ramienia Wykonawcy do kontaktu z Zamawiającym:

1. .................................................................................................
2. .................................................................................................

Oświadczam ponadto, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

1) rozporządzenie 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).

**Oświadczenie Wykonawcy**

OŚWIADCZAM, ŻE:

**nie podlegam wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego*** (Dz. U. z 2022 r., poz. 835, dalej jako: „ustawa”).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko Wykonawcy, miejscowość i data

**ZP/26/2023**

Załącznik nr 2

**Wykonawca:**

…………………………………………………

…………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ**

**BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Usługa Psychologa, który będzie Członkiem Zespołu Badawczego na potrzeby badania klinicznego „LAMAinDiab” - lisdeksamfetamina vs metylfenidat dla pacjentów pediatrycznych z zespołem ADHD i cukrzycą typu 1 - randomizowane krzyżowe badanie kliniczne”** prowadzonego przez **SP ZOZ CSK UM w Łodzi** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym oraz nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis)*

**ZP/26/2023**

**Załącznik nr 3**

**WYKONAWCA**

Nazwa....................................................................................................................

Siedziba.................................................................................................................

Nr telefonu/faks......................................................................................................

nr NIP......................................................................................................................

nr REGON...............................................................................................................

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZANIA OSOBOWEGO I KAPITAŁOWEGO**

Dotyczy postępowania pn.: **„Usługa Psychologa, który będzie Członkiem Zespołu Badawczego na potrzeby badania klinicznego „LAMAinDiab” - lisdeksamfetamina vs metylfenidat dla pacjentów pediatrycznych z zespołem ADHD i cukrzycą typu 1 - randomizowane krzyżowe badanie kliniczne”**

Niniejszym oświadczam, że ja niżej podpisany nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tzn. nie występują żadne powiązania kapitałowe lub osobowe w rozumieniu wzajemnych powiązań między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podpis(y) osoby (osób) upoważnionych do podpisania niniejszej oferty