**2/INP/2017 Załącznik nr 2 Formularz oferty**

Oferta z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Dane oferenta**:

Nazwa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Powiązania osobowe i kapitałowe Oferenta:

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 Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Podmiot (Wykonawca lub podmiot bezpośrednio powiązany z Wykonawcą) | Powiązania |
| A | B |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| … |  |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **2/INP/2017**, składamy niniejszą ofertę.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem **2/INP/2017** wraz z załącznikami udostępnionym przez Zamawiającego. Ponadto, nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
2. Cena oferty za realizację niniejszego zamówienia (kryterium punktowe):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Usługa badawcza (w przeliczeniu na 1 pacjenta) | Wartość netto PLN | Stawka podatku VAT (%) | Wartość podatku VAT PLN | Wartość brutto PLN |
| A | B | C | D | E |
| 1 |  |  |  |  |  |

1. Opis zasobów kadrowych oraz infrastruktury i wyposażenia badawczego pozostających do dyspozycji Oferenta, a niezbędnych do wykonania usługi badawczej w tym przede wszystkim w zakresie wskazanym w zapytaniu ofertowym w sekcji „Warunki udziału w postępowaniu”.

|  |  |
| --- | --- |
| Kadra planowana do zaangażowania w realizację usługi badawczej | Infrastruktura badawcza pozostająca w dyspozycji Oferenta, a jednocześnie niezbędna do realizacji usługi badawczej. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres ..**… dni** od daty upływu składania ofert.
2. W przypadku wyboru oferty zobowiązujemy się do podpisania w terminie **3 dni roboczych** warunkowej umowy z Zamawiającym na realizację usługi badawczej będącej przedmiotem niniejszego zapytania.
3. Termin i warunki płatności: *(prosimy opisać).*
4. Baza chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym.

|  |
| --- |
| Baza chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym |
| *Prosimy o podanie pełnej informacji o liczbie pacjentów* |

1. Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

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

(miejscowość i data) (podpis, pieczątka imienna osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)