**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTY**

dotyczący wyłonienia wykonawcy świadczącego usługę poprawienia dokumentacji w ramach badania klinicznego wyrobu medycznego w związku z projektem finansowanym przez Agencję Badań Medycznych pt.: Ocena efektywności klinicznej technologii BSD (ang. B-matrix Spatial Distribution) oraz algorytmów opartych na sztucznej inteligencji do analizy obrazów rezonansu magnetycznego w przebiegu stwardnienia rozsianego (SM).

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa placówki |  |
| Miejscowość Kod pocztowy |  |
| Ulica nr |  |
| Nr KRS (jeśli dotyczy) |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Status prawny |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr telefonu |  |
| Dane osoby do kontaktu |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa netto (w zł)** | **VAT** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
| 1. | **Poprawa dokumentacji projektowej** | ………… (podać) | ………… (podać) | ………… (podać) |

Oświadczam, że :

1. Podpisanie przez oferenta Umowy jest równoznaczne ze zgodą na realizację przedmiotowego zadania.
2. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o naborze, treścią Szczegółowego Opisu Przedmiotu Naboru (Zał.2) oraz treścią wzoru Umowy (Zał. 3) dostępnymi na stronie <http://su.krakow.pl/> i akceptuję wszystkie zapisy zawarte w przedmiotowych dokumentach

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data.......................................................... | Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania placówki:...........................................................................(czytelny podpis) |

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU**

dotyczących wyłonienia wykonawcy świadczącego usługę poprawienia dokumentacji w ramach badania klinicznego wyrobu medycznego w związku z projektem finansowanym przez ABM pt.: Ocena efektywności klinicznej technologii BSD (ang. B-matrix Spatial Distribution) oraz algorytmów opartych na sztucznej inteligencji do analizy obrazów rezonansu magnetycznego w przebiegu stwardnienia rozsianego (SM).

Oświadczam, że jednostka, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, deklaruje, że:

1. dotychczas opracowałem co najmniej 2 protokoły badania dotyczącej wyrobów medycznych
2. przeprowadziłem analizę statystyczną danych dla minimum 3 badań klinicznych
3. Od co najmniej 5 lat prowadzę działalność w sektorze medycznym
4. Nie jestem powiązany kapitałowo lub finansowo z Zamawiającym, gdzie przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z 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 IZ PO,
* 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data.......................................................... | Imię i Nazwisko osoby uprawnionejdo reprezentowania placówki:...........................................................................(czytelny podpis) |