Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

w odpowiedzi na Ogłoszenie nr **64/NeOStem/2020/DFZ**

|  |
| --- |
| **DANE OFERETNA** |
| **Nazwa**  |  |
| **Siedziba**  |  |
| **NIP/REGON** |  |
| **Dane kontaktowe: telefon, e-mail**  |  |
| **Dane osoby upoważnionej do kontaktu z zamawiającym , telefon, e-mail** |  |

| **Nazwa zadania** | **Cena netto**  | **VAT**  | **Cena brutto**  |
| --- | --- | --- | --- |
| Świadczenie wybranych usług CRO Zgodnie z załącznikiem nr 2  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| 1. Oświadczam, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

  ......................, dn. ....................... ........................................ /podpis/ |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE OFERENTA** |
| Niniejszym oświadczam, że Oferent nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin.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 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;
* 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.
 |
|  ......................, dn. ....................... ........................................ /podpis/ |