Gdańsk, 13.08.2025 r.

**Zapytanie ofertowe nr 97/ZZ/2025**

Gdański Uniwersytet Medyczny z siedzibą w Gdańsku (80-210) przy ul. M. Skłodowskiej – Curie 3a, NIP: 584-09-55-985, REGON: 288627, zaprasza do składania ofert w ramach zapytania ofertowego.

1. **TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

Postępowanie prowadzone jest w formie zapytania ofertowego z wyłączeniem przepisów ustawy z 11 września 2019 r. – Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1320). Wartość zamówienia poniżej kwoty 130 000 PLN (art. 2 ust. 1 pkt. 1).

1. **ŹRÓDŁO FINANSOWANIA**

Projekt *”Funkcjonalne następstwa utraty chromosomu Y (LOY) w komórkach układu immunologicznego w kontekście chorób nowotworowych - badania ex-vivo oraz in vitro z wykorzystaniem komórek ludzkich w programie OPUS Narodowego Centrum Nauki , nr umowy: UMO-2023/49/B/NZ2/03680”.*

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**
2. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na rekrutacji pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby oraz **przekazaniu i dostarczeniu 36 ml krwi obwodowej, oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa od zrekrutowanych osób** (fragment guza i sąsiadującej tkanki zdrowej w dedykowanej pożywce oraz odpowiadające im fragmenty zamrożone zaraz po pobraniu). Usługa będzie realizowana w ramach projektu *Funkcjonalne następstwa utraty chromosomu Y (LOY) w komórkach układu immunologicznego w kontekście chorób nowotworowych – badania ex-vivo oraz in vitro z wykorzystaniem komórek ludzkich* w programie OPUS Narodowego Centrum Nauki, nr umowy: UMO-2023/49/B/NZ2/03680. Pobrany materiał zostanie użyty w celu izolacji subfrakcji leukocytów za zastosowaniem sortera FACS Aria, a następnie podany analizie ddPCR oraz analizie transkryptomicznej pod kątem utraty chromosomu Y i wywoływanych przez tę utratę następstw.
3. Zakres Usługi:
   * 1. Rekrutacja pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby, polegająca na poinformowaniu pacjenta o zakresie badania i uzyskaniu od niego pisemnej świadomej zgody na udział w programie OPUS Narodowego Centrum Nauki oraz wypełnieniu ankiety medycznej.
     2. Zbieranie i przygotowanie próbek materiału biologicznego od w/w pacjentów w postaci krwi pełnej na Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Krew zostanie pobrana w objętości 36 ml od każdego pacjenta. Probówki do pobrania krwi dostarczy Zamawiający. Informacja o planowanym pobraniu zostanie zgłoszona do Zamawiającego przynajmniej w przeddzień pobrania. Pobranie krwi powinno nastąpić do godziny 9.00.
     3. Właściwe przygotowanie i przechowywanie krwi pełnej pobranej na Oddziale przed odbiorem przez Zamawiającego. Krew po pobraniu może być przechowywana w temperaturze pokojowej. Przekazanie musi nastąpić w ciągu godziny od pobrania materiału.
     4. Prowadzenie dokumentacji: zbieranie druków świadomych zgód pacjenta oraz ankiet medycznych na Oddziale.
     5. Zbieranie i przygotowanie próbek materiału biologicznego od zrekrutowanych pacjentów przez wykwalifikowany personel techników i lekarzy patomorfologów zgodnie z protokołem dostarczonym przez Zamawiającego. Materiał w pobrany od pacjenta na bloku operacyjnym nie może zostać zalany formaliną i powinien zostać przekazany w ciągu godziny do specjalistów patomorfologii. Patomorfolodzy zabezpieczą fragmenty guza oraz zdrowej tkanki sąsiadującej w dedykowanej pożywce oraz w krioprobówkach do mrożenia zgodnie z protokołem Zamawiającego. Protokół w formie papierowej zostanie dostarczony do Wykonawcy przez Zamawiającego. Probówki, pożywkę i pojemniki do pobrania tkanek dostarczy Zamawiający.
     6. Właściwe przechowywanie i przygotowanie materiału tkankowego pobranego przez Patomorfologów. Materiał pobrany do pożywki zostanie przekazany w ciągu godziny od przygotowania. Zamawiający odbierze go samodzielnie po wcześniejszym kontakcie z Wykonawcą. Materiał pobrany do krioprobówki do mrożenia zostanie zamrożony w -80°C w ciągu 15 min od pobrania materiału w zamrażarce Zamawiającego, która zostanie zainstalowana do użytkowania w siedzibie Wykonawcy.
     7. Wykonanie bloczków parafinowych oraz preparatów barwionych metodą hematoksylina i eozyna z pobranych fragmentów guza i zdrowej tkanki sąsiadującej oraz ocena patomorfologiczna tych preparatów, z wpisaniem wyniku badania w ostatecznym raporcie histopatologicznym.
     8. Przekazanie danych klinicznych pacjenta: informacji o dacie diagnozy, dacie zabiegu operacyjnego, diagnozie oraz wyniku badania histopatologicznego z uwzględnieniem badania preparatów patomorfologicznych wykonanych w ramach projektu (w postaci wydruków z systemu szpitalnego).
     9. Z uwagi na prowadzone prace badawczo-rozwojowe w ramach realizowanego projektu (wykonanie procedury sortu na krwi świeżej w dniu pobrania) Wykonawca musi mieścić się w bliskiej lokalizacji od Zamawiającego, tak aby łączny czas na odbiór materiału i powrót do siedziby Zamawiającego nie przekroczył 60 minut od momentu pobrania.
     10. Nie dopuszcza się Wykonawcy, który ma możliwość pobrania tylko jednego rodzaju materiału. Projekt uwzględnia pobranie dwóch rodzajów materiału od jednego pacjenta: krwi obwodowej w dniu operacji lub dzień przed operacją oraz materiału tkankowego pooperacyjnego (fragment guza oraz sąsiadującej tkanki zdrowej).
     11. Maksymalna ilość zrekrutowanych pacjentów przez okres realizacji umowy to: 25 pacjentów.
     12. Rzeczywista ilość zleconych pobrań w danej opcji będzie zależna od bieżących potrzeb zamawiającego, może ulec zmniejszeniu jednak nie więcej niż o 50%.
4. **TERMIN REALIZACJI**

Czas obowiązywania umowy: od 15.09.2025 r. przez okres 18 miesięcy (lub wcześniej, po zrekrutowaniu wymaganej ilości pacjentów do projektu).

1. **WYMAGANIA WOBEC WYKONAWCY**
   * + 1. Wykonawca oświadczy, że jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą- wymóg weryfikowany będzie na podstawie oświadczenia wskazanego w załączniku nr 1 – Formularz ofertowy.
       2. Wykonawca musi dysponować oddziałem chirurgii onkologicznej, w ramach którego realizowane są świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby - wymóg weryfikowany będzie na podstawie oświadczenia wskazanego w załączniku nr 1 – Formularz ofertowy.
2. **ZAKRES WYKLUCZENIA Z MOŻLIWOŚCI REALIZACJI ZAMÓWIENIA**
   * + 1. Z możliwości realizacji Przedmiotu Zamówienia wyłącza się osoby, które powiązane są   
          z  Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego. Wyklucza się również pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Wykonawca złoży oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych z Zamawiającym - załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.
       2. Z możliwości realizacji Przedmiotu Zamówienia wyłącza się osoby, które podlegają wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji w Ukrainie oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U poz. 835)” – załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.
3. **KRYTERIA OCENY OFERT**
4. Za wykonanie przedmiotu umowy Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie tytułem zwrotu kosztów usługi badawczej, w której skład wchodzi rekrutacja pacjentów, pobranie ,przechowanie i koordynacja procesu pobierania materiału biologicznego (próbek krwi obwodowej oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa) oraz przygotowanie pobranego materiału do przekazania Zamawiającemu, zbieranie świadomych zgód pacjentów oraz prowadzenie wymaganej dokumentacji (ankiety medyczne, wyniki badań morfologii krwi oraz wyniku badania w ostatecznym raporcie histopatologicznym).Podstawą wystawienia faktury jest podpisany przez obie strony protokół zdawczo-odbiorczy.
5. Kryteria oceny ofert – 100 % (100 pkt) łączna wartość zamówienia brutto

C = (Cmin/ Cx) x 100

gdzie:

C - liczba punktów za łączna wartość zamówienia

Cmin - najniższa cena (koszt) spośród złożonych ofert

Cx - łączna cena (koszt) oferty badanej

1. **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**
2. Wykonawca składa ofertę zgodnie z wymaganiami zawartymi w niniejszym zapytaniu ofertowym.
3. Ofertę należy sporządzić w języku polskim.
4. W toku badania i oceny ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo do:
5. wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie,
6. złożenia w określonym terminie stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów,
7. poprawy oczywistych omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą Wykonawcy).
8. Wykonawca ponosi wszelkie koszty własne związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od rozstrzygnięcia zapytania ofertowego.
9. Kompletna oferta powinna zawierać:
   1. formularz ofertowy – zgodnie z załącznikiem nr 1;
   2. oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych – zgodnie z załącznikiem nr 2;
   3. oświadczenie o nie podleganiu wykluczeniu z realizacji umowy na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego;
10. **MIEJSCE, SPOSÓB ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**
11. Oferty należy składać do dnia **29.08.2025 do godz. 23.59** drogą mailową w formie zeskanowanych i podpisanych dokumentów na adres e-mail: [ewelina.zaworska@gumed.edu.pl](mailto:ewelina.zaworska@gumed.edu.pl) (w temacie wiadomości proszę wpisać- zapytanie ofertowe nr 97/ZZ/2025).
12. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane
13. Osobą upoważnioną ze strony Zamawiającego do kontaktu z Wykonawcami jest Ewelina Zaworska, tel. 58 349 18 68, adres e-mail: [ewelina.zaworska@gumed.edu.pl](mailto:ewelina.zaworska@gumed.edu.pl)
14. Jednostka organizacyjna: **Dział Zakupów.**
15. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia określonego przez Zamawiającego jako termin składania ofert.
16. **INNE ISTOTNE WARUNKI ZAMÓWIENIA W RAMACH PROWADZONEGO POSTĘPOWANIA**
17. Ze względu na założenia budżetowe w przypadku, gdy kwoty przedstawione w odpowiedziach na zapytanie będą wyższe od zaplanowanych w budżecie projektu, Zamawiający zastrzega sobie prawo negocjacji z Wykonawcami, którzy nie zostali wykluczeni z postępowania. Ostateczny wybór Wykonawców, z którymi nastąpi podpisanie umów, nastąpi po zakończeniu ewentualnych negocjacji.
18. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wycofania się lub unieważnienia niniejszego zapytania w każdym czasie bez podawania przyczyny swojej decyzji. W przypadku odwołania niniejszego zapytania Wykonawcom nie przysługuje wobec Zamawiającego jakiekolwiek roszczenie.
19. Zamawiający poinformuje o wyborze Wykonawcy zamieszczając informację na stronie internetowej zamawiającego.
20. Zamawiający zastrzega sobie możliwość wyboru kolejnej wśród najkorzystniejszych ofert, jeżeli oferent, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza, uchyli się od zawarcia umowy dot. realizacji przedmiotu niniejszego zamówienia.

**…………………………………………………**

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych.

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o nie podleganiu wykluczeniu z realizacji umowy na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

Załącznik nr 4 - Istotne postanowienia umowy

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Klauzula informacyjna RODO**

Zgodnie z art. 13 oraz 14 rozporządzenia 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), zwanym dalej **„RODO”**, Zamawiający informuję, że:

1. Administratorem Państwa [[1]](#footnote-1) danych osobowych jest Gdański Uniwersytet Medyczny,   
   ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk, zwany dalej Administratorem lub GUMED
2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych osobowych możliwy jest pod adresem email: iod@gumed.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą **na podstawie**:
4. art. 6 ust. 1 lit b RODO w związku z realizowaną umowy w zakresie danych osobowych strony umowy
5. art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu:

* Jeżeli są Państwo pracownikami lub współpracownikami kontrahenta GUMED,   
  a Państwa dane (tj.: podstawowe dane personalne – imię i nazwisko, dane podmiotu,   
  w imieniu którego możecie Państwo występować, stanowisko służbowe, służbowe dane kontaktowe – numer telefonu, adres email) zostały udostępnione przez Państwa pracodawcę, zleceniodawcę lub bezpośrednio przez Państwa, dane osobowe przetwarzane są w celu wykonania umowy zawartej pomiędzy GUMED, a Państwa pracodawcą lub zleceniodawcą; w takim przypadku podstawą przetwarzania danych jest prawnie uzasadniony interes GUMED jako administratora, polegający   
  na wykonywaniu ww. umowy.
* zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów takich jak ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń w związku z wykonywaniem umowy zawartej pomiędzy GUMED, a kontrahentem.

1. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) w celu wypełnienia obowiązków rachunkowych i podatkowych w związku z ustawą o rachunkowości.
2. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania umowy zawartej pomiędzy GUMED, a kontrahentem. Konsekwencją niepodania danych może być brak możliwości zawarcia i wykonywania ww. umowy.
3. Informacja o możliwych źródłach pozyskania danych osobowych dla strony umowy: Pani/Pana dane w celu zapewnienia integralności (aktualności, weryfikacji, poprawności i kompletności danych) mogą być pozyskiwane również z publiczno-dostępnych ewidencji i rejestrów np. CEiDG , KRS, wykazu podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT.
4. Informacja o możliwych źródłach pozyskania danych osobowych dla przedstawicieli i osób wyznaczonych do realizacji przedmiotu umowy oraz pracowników Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane w związku zawarta umową bezpośrednio od strony umowy (kontrahenta, wykonawcy, usługobiorcy).
5. Odbiorcami Pani/Pana organy publiczne lub inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa lub podmioty świadczące usługi na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez GUMED przez czas wykonywania umowy, a także później, tj. do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy i w związku z realizacją obowiązku archiwizacyjnego dotyczącego dokumentów przechowywanych w celach podatkowych.
7. Posiadają Państwo prawo do: żądania dostępu do przekazanych danych osobowych, sprostowania danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych w sytuacji kiedy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane z zastrzeżeniem z wyłączeniem art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO, ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO, a także do przenoszenia danych osobowych jeżeli będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Posiadają Państwo także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w związku z Państwa szczególną sytuacją. W celu wykonania tych uprawnień można skontaktować się z Administratorem drogą pisemną na adres jego siedziby lub drogą mailową na adres: iod@gumed.edu.pl
8. Posiadają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. W stosunku do przekazanych danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.
10. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, w tym również do takich w stosunku do których Komisja Europejska stwierdziła odpowiedni stopień ochrony.

**Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy**

Miejscowość………….. dnia ……………

**Gdański Uniwersytet Medyczny**

ul. Marii Skłodowskiej - Curie 3a,

80-210 Gdańsk

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa i siedziba Oferenta:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

REGON: ……………………………………………… NIP: …………………………………………………

osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym:

Imię i nazwisko: ………………………………………………… Stanowisko: ………………………………..

Nr tel.: ……………………………………………. e-mail: ……………………………………………..

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe : **97/ZZ/2025** wystosowane przez Gdański Uniwersytet Medyczny ul. Marii Skłodowskiej - Curie 3a, 80-210 Gdańsk dotyczącym świadczenia usługi polegającej na rekrutacji pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby oraz **przekazaniu i dostarczeniu 36 ml krwi obwodowej, oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa od zrekrutowanych osób** (fragment guza i sąsiadującej tkanki zdrowej w dedykowanej pożywce oraz odpowiadające im fragmenty zamrożone zaraz po pobraniu) w ramach projektu „*Funkcjonalne następstwa utraty chromosomu Y (LOY) w komórkach układu immunologicznego w kontekście chorób nowotworowych - badania ex-vivo oraz in vitro z wykorzystaniem komórek ludzkich w programie OPUS Narodowego Centrum Nauki , nr umowy: UMO-2023/49/B/NZ2/03680.*”

My niżej podpisani:

*(imię i nazwisko):* ………………………………………………………….

1. Oświadczamy, iż oferujemy realizację zamówienia w zakresie zgodnym z wymaganiami Zamawiającego określonymi w zapytaniu ofertowe nr **97/ZZ/2025** za łączną cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto za 1 kpl.** | **Cena jednostkowa brutto za 1 kpl.** | **Ilość** | **Łączna wartość zamówienia netto** | **Łączna wartość zamówienia brutto** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **D\*F** | **E\*F** |
| 1 | Kompleksowa usługa | kpl.\* |  |  | 25 |  |  |
| **SUMA** | | | | | | |  |

\* **Na komplet usługi składa się:** rekrutacja pacjentów, pobranie ,przechowanie i koordynacja procesu pobierania materiału biologicznego (próbek krwi obwodowej oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa) oraz przygotowanie pobranego materiału do przekazania Zamawiającemu, zbieranie świadomych zgód pacjentów oraz prowadzenie wymaganej dokumentacji (ankiety medyczne, wyniki badań morfologii krwi oraz wyniku badania w ostatecznym raporcie histopatologicznym).

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia .
2. Oświadczam, że jako podmiot leczniczy jesteśmy wpisani do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Oświadczam, że dysponuję oddziałem chirurgii onkologicznej, w ramach którego realizowane są świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby.
4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z pkt V.
5. Oświadczam, że w przypadku wyboru przez Zamawiającego niniejszej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy/umów w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

……………………………………….

(podpis osoby składającej ofertę)

**Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań**

Nr sprawy: 97/ZZ/2025

………………………, ……….. 2025 r.

…………………………..

…………………………..

…………………………..

*(Imię i nazwisko, adres Wykonawcy,*

*tel. kontaktowy, adres e-mail)*

**Gdański Uniwersytet Medyczny**

ul. Marii Skłodowskiej - Curie 3a,

80-210 Gdańsk

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe wystosowane przez Gdański Uniwersytet Medyczny ul. M. Skłodowskiej - Curie 3a, 80-210 Gdańsk dotyczące wyboru Wykonawcy, który będzie świadczył usługę polegającą na rekrutacji pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby oraz **przekazaniu i dostarczeniu 36 ml krwi obwodowej, oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa od zrekrutowanych osób** (fragment guza i sąsiadującej tkanki zdrowej w dedykowanej pożywce oraz odpowiadające im fragmenty zamrożone zaraz po pobraniu) w ramach projektu „*Funkcjonalne następstwa utraty chromosomu Y (LOY) w komórkach układu immunologicznego w kontekście chorób nowotworowych - badania ex-vivo oraz in vitro z wykorzystaniem komórek ludzkich w programie OPUS Narodowego Centrum Nauki , nr umowy: UMO-2023/49/B/NZ2/03680.*”

**Ja** **niżej podpisany oświadczam**, że nie jestem powiązany osobowo ani kapitałowo z Zamawiającym (Gdański Uniwersytet Medyczny).

Oświadczam, że nie występują wzajemne powiązania kapitałowe lub osobowe, poprzez które rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobamiupoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobamiwykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniemi przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegającew 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.

……………………………………….

(podpis osoby składającej ofertę)

**Załącznik nr 3 -** Oświadczenie o nie podleganiu wykluczeniu z realizacji umowy na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z REALIZACJI UMOWY** |

Przystępując do zapytania ofertowego dot. wyboru Wykładowcy, który będzie świadczył usługę polegającą na rekrutacji pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby oraz przekazaniu i dostarczeniu 36 ml krwi obwodowej, oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa od zrekrutowanych osób:

**Nr zapytania ofertowego: 97/ZZ/2024**

Ja (imię i nazwisko) .....................................

reprezentując Firmę............................................................................, NIP: ......................, Regon: ...............................

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z realizacji umowy na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

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

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z realizacji umowy na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. ……..… ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (podać mająca zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w 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\*).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

*\*) jeżeli dotyczy*

......................................*....... podpis (miejscowość, data)*

**Załącznik nr 4 – Istotne postanowienia umowy**

**§ 1**

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na rekrutacji pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby oraz **przekazaniu i dostarczeniu 36 ml krwi obwodowej, oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa od zrekrutowanych osób.**
2. Szczegółowy zakres usługi określa Załącznik nr 1 do umowy (Zapytanie ofertowe nr.............) oraz Załącznik nr 2 do umowy (Oferta Wykonawcy z dnia ................... r.), stanowiące jej integralną część.
3. Wykonawca zobowiązuje się do zrekrutowania pacjentów pacjentów ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby, poinformowaniu pacjenta o zakresie badania i uzyskaniu od niego pisemnej świadomej zgody na udział w programie MAB oraz wypełnieniu ankiety medycznej.
4. W celu prawidłowej realizacji usługi Wykonawca wskazuje osobę odpowiedzialną za koordynację działań w zakresie merytorycznym i administracyjnym po stronie Wykonawcy: ..............................................................................................................................................................

***§ 2***

**REALIZACJA PRZEDMIOTU UMOWY**

* 1. Procedury, o których mowa w § 1 ust. 1 i 2 umowybędą wykonywane przez Wykonawcę w miarę potrzeb Zamawiającego we wskazanym okresie rozliczeniowym na podstawie zakwalifikowania pacjenta do udziału w programie przez lekarza koordynującego/pielęgniarkę koordynującą ze strony Wykonawcy na Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Po podpisaniu przez Pacjenta druku świadomej zgody na udział w prowadzonym badaniu oraz wypełnieniu ankiety medycznej lekarz koordynujący/pielęgniarka koordynująca zleci pobranie krwi oraz fragment guza i sąsiadującej tkanki zdrowej do projektu. Probówki, pożywkę i pojemniki do pobrania tkanek dostarczy Zamawiający.
  2. Łączna wartość zleconych procedur nie przekroczy kwoty **..........** złotych netto. Zamawiający zobowiązuje się kontrolować we własnym zakresie ilość wykonywanych rekrutacji i pobrań, tak aby wartość zleconych procedur nie przekroczyła ww. kwoty.Zamawiający zobowiązuje się zawiadomić Wykonawcę na piśmie o przekroczeniu łącznej wartości zleconych procedur. Po przekroczeniu łącznej wartości zleconych procedur, Zamawiający zobowiązuje się zaprzestać kierowania pacjentów na badania. Jednakże, jeżeli po przekroczeniu łącznej wartości zleconych procedur, Zamawiający skieruje pacjentów na badania, o których mowa w § 1 ust. 1 i 2 umowy, Zamawiający nadal będzie zobowiązany do ponoszenia kosztów wykonania takiej usługi na zasadach określonych w niniejszej umowie.
  3. Pobrany materiał w postaci krwi obwodowej w objętości 36 ml oraz fragment guza i sąsiadującej tkanki zdrowej opatrzonej ID pacjenta wraz z drukiem świadomej zgody pacjenta oraz wypełnioną ankietą medyczną, także opatrzoną ID pacjenta Wykonawca będzie przekazywał w dniu pobrania Zamawiającemu po wcześniejszym kontakcie telefonicznym z koordynatorem ze strony Zamawiającego. Wyniki badania histopatologicznego pacjentów zrekrutowanych do projektu będą przekazywane do Zamawiającego w okresie do 2 miesięcy od momentu przekazania materiału. Wykonawca wyznaczył osobę odpowiedzialną za terminowe wykonywanie, przeprowadzenie i przekazywanie wyników wykonanych badań odpowiednio w każdej współpracującej Klinice.
  4. Przekazanie danych klinicznych pacjenta: informacji o dacie diagnozy, dacie zabiegu operacyjnego, diagnozie oraz wyniku badania histopatologicznego z uwzględnieniem badania preparatów patomorfologicznych wykonanych w ramach projektu (w postaci wydruków z systemu szpitalnego). Dane przekazywane będą wyłącznie w formie papierowej do rąk własnych osobie wskazanej przez Zamawiającego. Następnie dane te będą zabezpieczone w ognioodpornym sejfie, do którego dostęp będą miały wyłącznie osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych.

**§ 3**

**WYNAGRODZENIE**

1. Za wykonanie przedmiotu umowy Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie tytułem zwrotu kosztów usługi badawczej, w której skład wchodzi rekrutacja pacjentów, pobranie ,przechowanie i koordynacja procesu pobierania materiału biologicznego (próbek krwi obwodowej oraz fragmentów tkanki pobranej przez Patomorfologa) oraz przygotowanie pobranego materiału do przekazania Zamawiającemu, zbieranie świadomych zgód pacjentów oraz prowadzenie wymaganej dokumentacji (ankiety medyczne, wyniki badań morfologii krwi oraz wyniku badania w ostatecznym raporcie histopatologicznym).
2. Wynagrodzenie netto tytułem zwrotu kosztów wykonania kompleksowej usługi badawczej wskazanej w § 3 ust. 1 dla jednego pacjenta wynosić będzie:
3. **....................... zł** za pobranie prób krwi obwodowej oraz fragmentów tkanki (fragment guza i sąsiadującej tkanki zdrowej w dedykowanej pożywce oraz odpowiadające im fragmenty zamrożone zaraz po pobraniu) od pacjenta ze zdiagnozowanym przerzutem metachronicznym raka jelita grubego do wątroby, powiększoną o podatek od towarów i usług w aktualnie obowiązującej wysokości;
4. Łączne Wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie umowy z uwzględnieniem okresu obowiązywania umowy określonego w §2 ust. 1 nie przekroczy kwoty **.................... zł netto**.
5. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2 i 3 zostanie powiększone o podatek od towarów i usług VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami w dniu wystawienia faktury.
6. Wynagrodzenie obejmuje wszystkie elementy cenotwórcze wynikające z zakresu i sposobu realizacji przedmiotu umowy, w tym: wynagrodzenie koordynatora oraz personelu zaangażowanego w realizację przedmiotu umowy.
7. Rozliczenie za wykonanie usługi odbywać się będzie na podstawie faktury wystawionej przez Wykonawcę w terminie 7 dni po podpisaniu protokołu zdawczo-odbiorczego (załącznik nr 3 do niniejszej umowy).
8. Termin zapłaty faktury wyniesie 21 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury, na konto Wykonawcy wskazane na fakturze.
9. Za dzień zapłaty uważać się będzie dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.

**§ 4**

**WARUNKI REALIZACJI**

Wykonawca oświadcza, że usługa będzie świadczona zgodnie z warunkami podanymi w zapytaniu ofertowym nr ........................... - Załącznik nr 1 do umowy.

**§ 6**

**KARY UMOWNE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy Zamawiający ma prawo do naliczenia następujących kar umownych:
2. w wysokości 1% całościowego wynagrodzenia netto określonego w §3 ust. 3 – w przypadku odstąpienia od Umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
3. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kwoty kar umownych bezpośrednio przy zapłacie faktury VAT, po uprzednim wezwaniu Wykonawcy do zapłaty tych kar w wyznaczonym terminie, nie krótszym niż 7 dni, i po bezskutecznym upływie tego terminu.
4. W przypadku, kiedy przewidziana w Umowie kara, nie pokrywa rozmiarów szkody, w tym utraconych korzyści, Zamawiającemu przysługuje prawo żądania odszkodowania na zasadach ogólnych.
5. Zamawiający może odstąpić od umowy bez prawa odszkodowania dla Wykonawcy, jeżeli Wykonawca nienależycie wykonuje swoje zobowiązania umowne i nie usunął stwierdzonych naruszeń w wyznaczonym terminie 14 dni, pomimo pisemnego wezwania do ich usunięcia w wyznaczonym terminie, pod rygorem odstąpienia od umowy.
6. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno zostać złożone na piśmie w terminie 30 dni od daty powzięcia przez stronę wiadomości o wystąpieniu okoliczności determinującej odstąpienie od umowy

1. dotyczy danych osobowych kontrahenta/wykonawcy/usługobiorcy oraz przedstawicieli i osób wyznaczonych przez kontrahenta/wykonawcy/usługobiorcy do realizacji przedmiotu umowy [↑](#footnote-ref-1)