***Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego***

***stanowiący jednocześnie Załącznik nr 2 do Umowy nr ………/………. z dnia …………. r.)***

**FORMULARZ OFERTY**

**na wybór Instytucji Finansowej zarządzającej i prowadzącej**

**Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK)**

**ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa**

**Nr sprawy:** **ABM-ZAKUP/2/2021**

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP** | ……………………………………………… |
| **REGON** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe składam(y) niniejszą ofertę oświadczając, że**oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w Zapytaniu ofertowym oraz poniższą ofertą:

1. Oferujemy bezpłatne wdrożenie zgodnie z wymaganiami Zapytania ofertowego.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego i zawarte w nim warunki i zasady realizacji zostały przez nas zaakceptowane, w tym że spełniamy warunki wpisu na Listę instytucji zarządzających funduszami zdefiniowanej daty, zgodnie z ustawą o PPK, wpisanych do Ewidencji PPK przez PFR.
3. Oświadczamy, że:
4. tworzymy fundusz zdefiniowanej daty ze zdefiniowaną datą funduszu przypadającą co 5 lat dla kolejnych pięcioletnich przedziałów roczników;
5. pokrywamy z własnych środków koszty funduszu, o których mowa w art. 50 ust. 1 pkt 5, 6, 8 i 9 ustawy o PPK w okresie, w którym wartość aktywów netto funduszu inwestycyjnego lub funduszu emerytalnego będącego funduszem zdefiniowanej daty jest niższa niż 2 000 000 zł.
6. posiadamy uprawnienia do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
7. dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonywania oferowanych usług;
8. znajdujemy się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej wykonanie oferowanych usług na rzecz Aplikacje Krytyczne sp. z o.o. w okresie trwania umowy
9. Oświadczamy, że zawrzemy umowę o zarządzanie PPK nie później niż do dnia 26 lutego 2021 r. na okres 48 miesięcy z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
10. Oświadczamy, że zawrzemy umowę o prowadzenie PPK nie później niż do dnia 26 marca 2021 r. na czas nieokreślony z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.
11. Oświadczamy, że zrealizujemy postanowienia zawarte w IWZ na zarządzanie PPK nie później niż do dnia 20 marca 2021 r.
12. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania i złożenia oferty oraz wykonania zamówienia w sposób należyty.
13. Oświadczamy, że w cenie oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty realizacji zamówienia.
14. Oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą do dnia 10 kwietnia 2021 r.
15. Informacje i dokumenty zawarte w ofercie na stronach od nr \_\_\_\_\_\_ do nr \_\_\_\_\_ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, a uzasadnienie dla objęcia wskazanych powyżej informacji tajemnicą przedsiębiorstwa stanowi załącznik do niniejszej oferty.
16. Oświadczamy, że opłaty za zarządzanie w umowie zawartej o zarządzanie PPK nie przekroczą wartości określonych w poniższej tabeli:

**Tabela Nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa funduszu zdefiniowanej daty** | **Średnia arytmetyczna z opłat za zarządzanie w procentach** | **Wynagrodzenie za osiągnięty wynik** | **Ilość bezpłatnych konwersji w danym roku** | **Opłata za konwersję w  PLN** | **Liczba miesięcy bez opłat za zarządzanie** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| **PPK 2025** |  |  |  |  |  |
| **PPK 2030** |  |  |  |  |  |
| **PPK 2035** |  |  |  |  |  |
| **PPK 2040** |  |  |  |  |  |
| **PPK 2045** |  |  |  |  |  |
| **PPK 2050** |  |  |  |  |  |
| **PPK 2055** |  |  |  |  |  |
| **PPK 2060** |  |  |  |  |  |

1. Efektywność zarządzania

**Tabela Nr 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okresy** | **Stopy zwrotu** | **Fundusz akcji** | **Fundusz****zrównoważony** | **Fundusz stabilnego wzrostu** | **Fundusz papierów dłużnych** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| **Stopy zwrotu w okresie 10 lat** | Sn |  |  |  |  |
| **Stopy zwrotu w okresie 3 lata** | Sn |  |  |  |  |
| **Stopy zwrotu w okresie 1 roku** | Sn |  |  |  |  |

1. Oświadczamy, że oferujemy dodatkowe korzyści i benefity oraz funkcjonalność oprogramowania PPK, jak poniżej (należy uzupełnić kolumnę 3):

**Tabela Nr 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcjonalność oprogramowania PPK i dodatkowe benefity** | **Należy wpisać właściwe** *(zgodnie z oferowanymi wykorzystując zapisy dotyczące Kryterium 3 z pkt. 8.3 Zapytania ofertowego)* |
| *1* | *2* | *3* |
| **1.** | Funkcjonalność oprogramowania PPK |  |
| **2.** | Dodatkowe korzyści dla Zamawiającego związane z funkcjonowaniem w systemie PPK |  |
| **3.** | Dodatkowe benefity dla uczestników PPK |  |

1. Oświadczamy, że suma wszystkich aktywów zgodnie z danymi wskazanymi poniżej wynosi: …………….. *- należy uzupełnić (kryterium: wartość aktywów pod zarządzaniem).*

**Tabela Nr 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj** | **Wartość zarządzanych aktywów w PLN na dzień 31.12.2020 r.** |
| **PPE** |  |
| **OFE** |  |
| **PPK** |  |
| **Pozostałe** |  |
| **Razem** |  |

1. Oświadczamy, że na dzień 31.12.2020 r. liczba podpisanych przez nas umów o zarządzanie PPK wynosi …………………..…….. - *należy uzupełnić*
2. Oświadczam(amy), że posiadam wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję (emy) zasobami oraz potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. W razie wybrania mojej(naszej) oferty zobowiązuję(emy) się do podpisania umów na warunkach określonych przez Zamawiającego oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego przy uwzględnieniu zapisów istotnych warunków umowy stanowiących odpowiednio Załącznik nr 3 i Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego.
4. Zapoznałem(liśmy) się z Istotnymi warunkami umowy, które są integralną część Zapytania ofertowego i akceptuję(emy) je bez zastrzeżeń.
5. Oferta jest dla mnie (nas) wiążąca przez okres 90 dni od daty ustalonej na złożenie oferty.
6. Osoba(y) upoważniona(e) do kontaktów i współpracy przy realizacji umowy:
7. ……………………………………………………………………………………………,

*(proszę wskazać imiona i nazwiska, nr telefonów kontaktowych, adres e-mail)*

1. ………………………………………………………………………………………….. ,

*(proszę wskazać imiona i nazwiska, nr telefonów kontaktowych, adres e-mail)*

1. Adres korespondencyjny Wykonawcy: .…………………………………………….… .
2. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………

Jednocześnie będąc świadomym odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam(y), że wszystkie dane zawarte w ofercie oraz załącznikach do oferty są prawdziwe.

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

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

 *podpis i pieczątka imienna \**

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

***Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Wybór Instytucji Finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK)** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZAKUP/2/2021** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP** | ……………………………………………… |
| **REGON** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**oświadczenie W ZAKRESIE WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW INFORMACYJNYCH PRZEWIDZIANYCH W art. 13 LUB art. 14 RODO**[[1]](#footnote-1)

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**\***
2. Oświadczam, że nie przekazuję danych osobowych innych niż bezpośrednio mnie dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO.**\***

***\*niepotrzebne skreślić***

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

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

 *podpis i pieczątka imienna \*\**

\*\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

***Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Wybór Instytucji Finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK)** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZAKUP/2/2021** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP** | ……………………………………………… |
| **REGON** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

Ja, niżej podpisany(a)

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

Reprezentujący(a) wskazaną powyżej firmę oświadczam, że **jestem / nie jestem[[2]](#footnote-2)** powiązany(a) osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu 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 lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

 .………………………………………………

 *podpis i pieczątka imienna\**

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

***Załącznik nr 7 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Wybór Instytucji Finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK)** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZAKUP/2/2021** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP** | ……………………………………………… |
| **REGON** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA**

Składając ofertę w postępowaniu na wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe Ja niżej podpisany …………………………………………………

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)* będąc upoważnionym do reprezentowania Wykonawcy biorącego udział w postępowaniu na wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK), niniejszym oświadczam, że:

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w pkt 4 Zapytania ofertowego,
2. nie podlegam wykluczeniu z ww. postępowania na podstawie przesłanek wskazanych w pkt 6 Zapytania ofertowego.

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

 .………………………………………………

 *podpis i pieczątka imienna\**

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

***Załącznik nr 8 do Zapytania ofertowego***

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Agencja Badań Medycznych** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Wybór Instytucji Finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK)** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*):** | **ABM-ZAKUP/2/2021** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP** | ……………………………………………… |
| **REGON** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w Formularzu oferty oraz załączonych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 , dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

 .………………………………………………

 *podpis i pieczątka imienna\**

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (odpis z właściwego rejestru lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) lub pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.

1. 2 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 z 4 maja 2016 r. nr 119/1 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Niepotrzebne skreślić*** [↑](#footnote-ref-2)