Kiełpin, 29.03.2018.

*Nabywca:*

**Celon Pharma SA**

*Adres siedziby:*

ul. Ogrodowa 2A

05-092 Kiełpin/ Łomianki

tel.: +48 22 751 59 33

KRS: 0000437778

NIP: 118 - 16 - 42 - 061

e-mail: [anna.dulinska@celonpharma.com](mailto:anna.dulinska@celonpharma.com)

**Zapytanie ofertowe nr 01/2018/M/NoteszHD/Z8**

**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie potwierdzające spełnienie warunków z zapytania ofertowego**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe złożone w związku z realizacja przez Celon Pharma SA projektu: „Nowa terapia zaburzeń psychotycznych oraz w chorobie Huntingtona ze szczególnym uwzględnieniem deficytów poznawczych” w ramach programu „PROFILAKTYKA I LECZENIE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH - STRATEGMED II”, oświadczam, że:

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... prowadzi działalność pozwalającą na przeprowadzenie badania będącego przedmiotem oferty, w tym na prowadzenie badań klinicznych i przeprowadzanie laboratoryjnych badań medycznych lub prowadzenie działalności pozwalającej na dostarczenie przedmiotu zamówienia, w tym znalezienie i zakontraktowanie ośrodka klinicznego i laboratorium medycznego:

[ ] TAK [ ] NIE

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... zobowiązuje się do podzlecenia części przedmiotu zamówienia w celu dostarczenia całości zamówienia:

[ ] TAK [ ] NIE

Dane podwykonawcy (jeżeli dotyczy): …………………………………………………………………………………

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

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... (i/lub jego podwykonawca) posiada niezbędną infrastrukturę techniczną i laboratoryjną do przeprowadzenia badania klinicznego zgodnie z Dobrą Praktyką Kliniczną (DPK/GCP):

[ ] TAK [ ] NIE

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... (li/ub jego podwykonawca) posiada wymaganą liczbę pracowników z doświadczeniem i aktualnymi szkoleniami GCP niezbędnymi do przeprowadzenia badania klinicznego lub w razie potrzeby zaangażuje dodatkowe osoby w celu dostarczenia całości przedmiotu oferty:

[ ] TAK [ ] NIE

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... zobowiązuje się do zaangażowania dodatkowych osób w celu dostarczenia całości zamówienia:

[ ] TAK [ ] NIE

Lista stanowisk (jeżeli dotyczy): ……………………………………………………………………………………………

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

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej pomyślne wykonanie zamówienia i nie ma żadnych przesłanek aby ta sytuacja zmieniła się w okresie objętym realizacją przedmiotowej umowy:

[ ] TAK [ ] NIE

……………………………… …………………………………….………….

(Miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej)