Kiełpin, 11.07.2018r.

*Zamawiający:*

**Celon Pharma SA**

*Adres siedziby:*

ul. Ogrodowa 2A

05-092 Kiełpin/ Łomianki

tel.: +48227515933

KRS: 0000437778

NIP: 118 - 16 - 42 - 061

e-mail: anna.dulinska@celonpharma.com

**Zapytanie ofertowe nr xx**

**Załącznik nr 1**

**Oświadczenie potwierdzające spełnienie warunków z zapytania ofertowego**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe złożone w związku z realizacją przez Celon Pharma SA projektu: „Nowa terapia zaburzeń psychotycznych oraz w chorobie Huntingtona ze szczególnym uwzględnieniem deficytów poznawczych” w ramach STRATEGICZNEGO PROGRAMU BADAŃ NAUKOWYCH I PRAC ROZWOJOWYCH „PROFILAKTYKA I LECZENIE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH” – STRATEGMED, oświadczam, że:

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... prowadzi działalność pozwalającą na przeprowadzenie badań będących przedmiotem oferty:

[ ] TAK [ ] NIE

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

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... posiada niezbędną infrastrukturę techniczną i laboratoryjną oraz wymaganą liczbę doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników zdolnych do zrealizowania przedmiotu oferty w zgodzie z zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej:

[ ] TAK [ ] NIE

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

1. ….….……<Nazwa Oferenta>…………...……... posiada min. 5-letnie doświadczenie w rozwoju i walidacji metod analitycznych jak i oznaczaniu stężeń analitów w próbkach pochodzących z badań klinicznych:

[ ] TAK [ ] NIE

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)