**ANEXO NÚM. 1**

***MODELO DE PROPUESTA ECONÓMICA Y DE REFERENCIAS CUYA VALORACIÓN DEPENDE DE FÓRMULAS AUTOMÁTICAS***

*Proyecto "PI22/00710", financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por la Unión Europea.*

*El Sr. /La Sra. .............................. con residencia en ......................................... calle ...................................... núm. ................, de la empresa ..............................................., enterado del anuncio publicado en .................................... y de las condiciones y requisitos que se exigen para la adjudicación del servicio de ".................................... ", se compromete en nombre (propio o de la empresa que representa) a realizarlas con estricta sujeción a las siguientes condiciones:*

Criterios evaluables con fórmulas automáticas

1. *Oferta económica*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Precio máximo (IVA no incluido)** | **Precio ofrecido (IVA excluido)** | **Precio (IVA incluido)** |
| Servicios de una CRO especializada en hematología | 38.000,00 euros | euros | euros |

1. *Oferta de evaluación automática*

Marcar con una “x” la casilla correspondiente a Sí o No, e introducir en la columna de observaciones el número que corresponda en el apartado [Nº].

Los licitadores aportaran una declaración responsable en relación con los criterios de valoración de este apartado indicando la entidad, los años y objeto del Proyecto en que se ejecutó el servicio, y deberán aportar la documentación que lo acredite en el Sobre núm. 2:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Sí** | **No** | **Observaciones** |
| Experiencia del Clinical Regulatory specialist en proyectos similares en el ámbito de Hematología y/o Terapia Celular |  |  | *[Nº] de Proyectos Hematología / Terapia Celular* |
| Experiencia del Monitor de ensayos clínicos en proyectos similares en el ámbito de Hematología y/o Terapia Celular |  |  | *[Nº] de Proyectos Hematología / Terapia Celular* |
| Experiencia de la unidad o unidades técnicas destinadas a la farmacovigilancia en proyectos similares en el ámbito de Hematología y/o Terapia Celular |  |  | *[Nº] de Proyectos Hematología / Terapia Celular* |

Firmado,

*Plazo de validez de la oferta ............................ 4 meses*

*(Quedarán excluidas del procedimiento de licitación las ofertas que presenten un importe y / o plazo superior al de licitación)*