Załącznik do Zapytania ofertowego

……………………………………………………………………

(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O OFERENCIE** | | | | |
| **Pełna nazwa Oferenta** | |  | | |
| **Adres Oferenta** | |  | | |
| **Numer telefonu** | |  | | |
| **Adres e-mail** | |  | | |
| **REGON** | |  | | |
| **NIP** | |  | | |
| **Numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | |  | | |
| **Nazwa banku, numer konta bankowego** | |  | | |
| **Osoba upoważniona do składania woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych *Uwaga: jeżeli więcej niż jedna osoba jest upoważniona należy wpisać wszystkie osoby wraz z określeniem sposobu reprezentacji*** | |  | | |
| **Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej  (nr polisy wraz z datą obowiązywania)** | |  | | |
| **ZASOBY KADROWE NIEZBĘDNE DO REALIZACJI USŁUGI** | | | | |
| **Kadra medyczna** | |  | | |
| **Kadra do obsługi organizacyjnej, odpowiedzialna za rejestrację uczestników, prowadzenie bazy danych** | |  | | |
| **INFORMACJE O USŁUDZE** | | | | |
| **Miejsce realizacji usługi** | |  | | |
| **Czas realizacji usługi** | |  | | |
| **Opis realizacji usługi (można załączyć na osobnych stronach)** | |  | | |
| **Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, warunki lokalowe** | |  | | |
| **Posiadanie systemu komputerowego umożliwiającego gromadzenie, przetwarzanie, przekazywanie danych** | |  | | |
| **Przewidywana liczba beneficjentów** | |  | | |
| **ŚRODKI FINANSOWE** | | | | |
| **Rodzaj świadczenia** | **Liczba świadczeń** | **Cena jednostkowa netto  (w złotych)** | **Cena jednostkowa brutto**  **(w złotych)** | **Koszt całkowity (cena jednostkowa X przewidywana liczba świadczeń)** |
|  |  |  |  |  |
| **OŚWIADCZENIA/ZOBOWIĄZANIA OFERENTA:** | | | | |
| **Oświadczam, iż:**   * zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego; * wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym  i faktycznym; * osoby realizujące świadczenia zdrowotne w ramach usługi posiadają odpowiednie kwalifikacje; * nie zalegam z płatnościami podatków i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne; * nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie 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 (t.j. Dz. U.  z 2024 r. poz. 507).   **Zobowiązuję się do:**   * zatrudnienia osób posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe; * zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonywania świadczeń  i odpowiadającym wymaganiom określonym w odrębnych przepisach; * udzielania świadczeń z najwyższą starannością; * utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres realizacji usługi; * zabezpieczenia standardu świadczeń na poziomie nie gorszym, niż określony niniejszą ofertą,  w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, materiałów edukacyjnych, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń.   ……………………………………………………… …………………………………………………………..  (miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej   do reprezentowania podmiotu) | | | | |
| **INNE INFORMACJE, KTÓRE OFERENT CHCE PRZEDSTAWIĆ  NP. BADANIA WŁASNE, REKOMENDACJE ITP.** | | | | |
|  | | | | |
| **ZAŁĄCZNIKI:** | | | | |
| **1.**  **2.** | | | | |

………………………………………………………….. ………………………………………………………………..

(miejsce, data) (pieczęć i podpis osoby upoważnionej   
 do reprezentowania podmiotu)