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)