Załącznik nr 1. – Formularz oferty

**Formularz ofertowy**

1. **Informacje o Oferencie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Pełna nazwa Oferenta  Adres Oferenta z kodem pocztowym |  |
| **2** | **Dane kontaktowe Oferenta**  Dane Adres do korespondencji  Nr telefonu,  Adres e-mail |  |
| **3** | **Forma organizacyjna podmiotu**  Imię nazwisko, adres  (w przypadku przedsiębiorcy)  Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  lub KRS |  |
| **4** | Numer identyfikacyjny **NIP** |  |
| **5** | **REGON** |  |
| **6** | **Nazwa banku, numer konta bankowego** |  |
| **7** | Osoba/y upoważniona/e do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno-oprawnych  UWAGA!!!  Jeżeli więcej niż jedna osoba jest upoważniona lub upoważnionych jest kilka osób łącznie należy wpisać wszystkie te osoby wraz z określeniem sposobu reprezentacji |  |
| **8** | Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej |  |

1. **Informacja dotycząca ceny pakietu usług będącego przedmiotem zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Cena jednostkowa netto (w złotych)** | **Cena jednostkowa brutto (w złotych)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Oświadczenia Oferenta:oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego;  * oświadczam, że wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym; * osoby realizujące świadczenia zdrowotne w ramach programu posiadają odpowiednie kwalifikacje; * nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne; * przez okres realizacji programu Oferent zobowiązuje się do:  1. zatrudnienia osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych; 2. zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach; 3. udzielania świadczeń z najwyższą starannością; 4. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres realizacji programu; 5. zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej 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);   Ponadto informuję, że złożony projekt wdrożenia i realizacji programu nie jest i nie będzie finansowany z innych źródeł.  …………………………………………………………  **(data i podpis osoby upoważnionej)** |

…………………………………………………………………………………….

(data, miejsce) (pieczęć i podpis/y osoby upoważnionej)