

Załącznik nr 1 Zapytania ofertowego ogłoszonego w dniu 31.05.2023 roku

SPZOZ MEDiKSA
ul. Jana Pawła II 27
95-054 Ksawerów

OFERTA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

w związku z realizacją projektu pn. „*Pozbądź się bólu! Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa w Centrum Medycznym ANMED*”

1. Dane Oferenta

Nazwisko i imię

PESEL lub NIP

REGON (jeśli dotyczy)

Adres oferenta

Nr telefonu

Nazwa i adres działalność gospodarczej (jeśli dotyczy)

.....

2. Zakres świadczeń

Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie warsztatów edukacyjnych prowadzonych przez dietetyka dla 595 pacjentów.

3. Oferta cenowa

Za realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie wskazanym w pkt. 2. oferty oczekuję wynagrodzenia, uwzględniającego wszelkie koszty realizacji zamówienia, w wysokości:..... zł (brutto) za 1 warsztat edukacyjny (słownie brutto:).

Ilość świadczeń objętych ofertą wynosi :

- a. całość przedmiotu zapytania ofertowego (595 porad)*
 - b. częściowy przedmiot zapytania - w ilości porad dla Pacjentów*
- w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej cena zawiera wszystkie narzuty związane z wynagrodzeniem tj. pełny koszt ponoszony przez zamawiającego związany z wypłatą wynagrodzenia (składki na ubezpieczenie zdrowotne, wypadkowe i emerytalne – jeśli dotyczy-oraz podatek dochodowy).

- w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą cena brutto zawiera VAT (jeśli dotyczy).

Uwagi :

4. Preferowana forma zatrudnienia:

- a. umowa zlecenie*
 1. Oświadczam, że jestem/nie jestem* zatrudniony w innym zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenie*
 2. Oświadczam, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne – emerytalne i rentowe z tytułu określonego w pkt. 1 stosunku pracy/ umowy zlecenie w przeliczeniu na okres miesiąca jest równa lub wyższa od płacy minimalnej określonej w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 13 września 2022.
- b. własna działalność gospodarcza*
 1. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej jestem płatnikiem VAT
TAK / NIE *

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz realizacji przedmiotu zamówienia.
3. Przez okres 30 dni od daty złożenia jestem związany ofertą.
4. Wskazana cena jest wartością ostateczną, zawierającą wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotowego zamówienia z uwzględnieniem danin publicznych (w tym między innymi składki na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, które zobowiązany jest opłacić Zamawiający).
5. Zobowiązuję się do jej podpisania Umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i niniejszej ofercie w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Przedmiot zamówienia wykonam zgodnie z warunkami określonymi w Zapytaniu ofertowym.
7. Dane przedstawione w ofercie i wszystkich załączonych dokumentach oraz kserokopiach dokumentów są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
8. Podmiot, który reprezentuję nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym
9. Posiadam / nie posiadam* aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej OC, zobowiązuję się do dostarczenia polisy ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej OC na okres obowiązywania umowy.
10. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty, wymaganych do realizacji zamówienia.

W załączeniu składam:

1. Kopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu, zawierająca numer oraz dyplom specjalizacji z danej dziedziny medycyny (jeśli dotyczy)
2. Aktualny odpisu z Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeśli dotyczy).
3. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta, obejmującej okres obowiązywania umowy (jeśli dotyczy).
4. Oświadczenie dot. braku powiązań z Zamawiającym (załącznik nr 1 do formularza ofertowego)

....., dnia

Miejscowość

.....

Pieczęć i czytelny podpis oferenta

* Niepotrzebne skreślić