



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Projekt: Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr: 4a/7.4/2025 – FORMULARZ OFERTOWY

.....
Miejscowość i data

.....
dane (pieczęć) Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY

Oferta składana jest w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe nr: 4a/7.4/2025 dotyczące **wyboru Wykonawcy do świadczenia usług opiekuna medycznego** dla podopiecznych objętych wsparciem w ramach projektu pn. „Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska”.

Oferta składana jest do Zamawiającego tj. NZOZ Zespół Medyczno-Opiekuńczy Abimed Ilona Pławecka Beata Szymaniak Spółka Partnerska, ul. M. Drzymały 9/14, 41-902 Bytom.

I. DANE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTE:

Nazwa firmy/dane Wykonawcy:	
Adres:	
NIP:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy:	
Nr telefonu osoby upoważnionej:	
Adres e-mail osoby upoważnionej:	

II. OFERTA:

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr.: 4a/7.4/2025 dotyczące **wyboru wykonawcy do świadczenia usług opiekuna medycznego** dla podopiecznych objętych wsparciem w ramach projektu pn. „Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska”, oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu

Projekt: Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska

zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, **za cenę za 1 godzinę świadczenia usługi opiekuna medycznego realizowaną w domu podopiecznego w wysokości: zł brutto***.

** cena brutto tj. cena zawierającą pełny koszt ponoszony przez Zamawiającego. Oznacza to, że w przypadku firm zawiera podatek VAT, a w przypadku osób fizycznych uwzględnia koszt ubezpieczenia ZUS i podatku dochodowego, konieczny do poniesienia przez Zamawiającego.*

Jednocześnie deklaruję, iż zaoferowana cena zawiera wszelkie koszty jakie zostaną poniesione w celu należytego wykonania zamówienia, zgodnie z wymaganiami opisanymi w Zapytaniu ofertowym nr: 4a/7.4/2025 w tym koszty dojazdu do domu podopiecznego.

WERYFIKACJA SPEŁNIENIA KRYTERIUM DODATKOWEGO:

Oświadczam, że Wykonawca/osoba wykonująca zlecenie u imieniu Wykonawcy posiada co najmniej półroczne DOŚWIADCZENIE w świadczeniu usług opiekuna medycznego na rzecz osób starszych W ICH MIEJSCU ZAMIESZKANIA:

*TAK Wykonawca/osoba wykonująca zlecenie w imieniu Wykonawcy posiada co najmniej półroczne doświadczenie w świadczeniu usług opiekuna medycznego na rzecz osób starszych, w ich miejscu zamieszkania/ NIE **

Celem uzyskania dodatkowych punktów za spełnienie tego kryterium **Wykonawca powinien dołączyć** do przedmiotowego Formularza ofertowego **kserokopię CV osoby, która będzie realizować zamówienie**, z którego będzie wynikać posiadane przez tę osobę co najmniej półroczne doświadczenie w świadczeniu usług opiekuna medycznego na rzecz osób starszych w ich miejscu zamieszkania.

III. OŚWIADCZENIA PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTE:

1. Oświadczam, iż Wykonawca, którego reprezentuję/osoba wykonująca zlecenie w imieniu Wykonawcy posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie objętym przedmiotem zamówienia tj.:

- posiada wymagane kwalifikacje: **opiekun medyczny i**
- posiada wymagane doświadczenie: **minimum półroczne doświadczenie w opiece nad osobami starszymi (65+).**

*TAK Wykonawca/ osoba wykonująca zlecenie w imieniu Wykonawcy posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie / NIE **

Wykonawca jest zobowiązany do **dołączenia do Formularza ofertowego kserokopii dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje i doświadczenie.**

2. Oświadczam, że po przyjęciu do wykonywania usług opiekuńczych, których dotyczy oferta łączne zaangażowanie zawodowe Wykonawcy, którego reprezentuję /osoby wykonującej zlecenie w imieniu Wykonawcy, w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy UE oraz działań finansowanych z innych źródeł w tym środków



Projekt: Kompleksowa opieka domowa dla osób starszych (65+) z powiatów Bytom i Ruda Śląska

własnych NZOZ Abimed i innych podmiotów (niezależnie od formy zaangażowania)
nie przekroczy 276 godzin miesięcznie.

***TAK** łączne zaangażowanie zawodowe Wykonawcy/osoby wykonującej zlecenie w imieniu
Wykonawcy nie przekroczy 276 godzin miesięcznie / **NIE** **

3. Oświadczam, iż wykonawca, którego reprezentuję znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.

***TAK / NIE** **

4. Dodatkowo oświadczam, że:

- zapoznałem się z Zapytaniem ofertowym nr: 4a/7.4/2025 wraz z załącznikami i nie wnoszę do treści tych dokumentów żadnych zastrzeżeń;
- w przypadku wyboru niniejszej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy z Zamawiającym w miejscu i czasie wskazanym przez Zamawiającego.

IV. Do przedmiotowego Formularza ofertowego załączam następujące załączniki:

1. Dokumenty poświadczające posiadane kwalifikacje: TAK / NIE *
2. Dokumenty potwierdzające doświadczenie w pracy z osobami starszymi: TAK / NIE *
3. Dokumenty potwierdzające doświadczenie w świadczeniu usług opiekuna medycznego w miejscu zamieszkania podopiecznego: TAK / NIE *

.....

*Podpis osoby/osób upoważnionej (-ych)
do reprezentowania Wykonawcy oraz pieczęć firmowa*

* prawidłowe podkreślić