



....., dnia.....

Załącznik Nr 1  
do Zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY<sup>1</sup>**

Wykonawca (pełna nazwa)* Wykonawcy wspólnie ubiegający się o wykonanie zamówienia (imiona i nazwiska)*					
Forma prowadzonej działalności					
Adres siedziby* Adres prowadzenia działalności*					
Adres do korespondencji					
KRS		NIP			
REGON		Telefon		Telefon kom.	
Faks		e-mail			

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie geriatry w ramach projektu pod tytułem „Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o. o.” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 9 Oś Priorytetowa Region Spójny Społecznie, Działanie 9.2, Poddziałanie 9.2.1, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0006/18” wskazaną w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia w Zapytaniu ofertowym, łącznie za cenę brutto (z obowiązującym podatkiem od towarów i usług VAT) nie większą niż .....<sup>2</sup> zł, obliczoną zgodnie z punktem 7 Zapytania ofertowego.

Okres obowiązywania umowy	od 1.08.2021 do 31.10.2021 tj. 3 miesiące
Cena brutto za godzinę świadczenia usługi	.....
Szacunkowy czas wykonywania usługi	66 godzin
Łączna cena brutto	.....



## 2. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczamy, że oferowana przez nas cena zawiera obowiązujący podatek od towarów i usług VAT oraz uwzględnia wszystkie zobowiązania i koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego w *Zapytaniu ofertowym*, a w szczególności w *Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia*.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z *Zapytaniem ofertowym* oraz załącznikami i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że oferujemy realizację zamówienia w sposób w pełni odpowiadający wszystkim wymaganiom Zamawiającego określonym w *Zapytaniu ofertowym* z załącznikami, w szczególności w *Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia*.
4. Oświadczamy, że akceptujemy wskazany w *Zapytaniu ofertowym* z załącznikami termin i sposób płatności wynagrodzenia za wykonanie zamówienia, ustalone w ten sposób, że wynagrodzenie będzie płatne w PLN, po wykonaniu usługi w terminie do 29 dnia każdego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu wykonania usługi, na podstawie oryginału prawidłowo wystawionej faktury/rachunku, do której obligatoryjnie dołącza się kartę pracy potwierdzoną przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z *Istotnymi postanowieniami umowy* i akceptujemy je bez zastrzeżeń.
6. Oświadczamy, że umowa zostanie wykonana zgodnie z jej postanowieniami oraz obowiązującymi przepisami prawa.
7. Oświadczamy, że Wykonawca składając ofertę deklaruje, iż po przyjęciu przedmiotowego zlecenia jego łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i funduszu spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł nie przekroczy 276 godzin miesięcznie.
8. Oświadczamy, że dane zawarte w oświadczeniu o statusie zatrudnienia dla celu optacania składek ubezpieczenia społecznego są zgodne ze stanem rzeczywistym (*dotyczy osób nie będących przedsiębiorcami*).

## 3. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ:

- a. **do niezwłocznego potwierdzenia faktu otrzymania przekazywanych nam drogą elektroniczną lub faksem oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz informacji,**
- b. w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do przedstawienia:
  - 1) danych osób do wskazania w umowie, zgodnie z *Istotnymi postanowieniami umowy*, tj. do podpisania umowy, do stałego nadzoru nad realizacją umowy, kontaktów,
  - 2) do zawarcia umowy w miejscu i terminie ustalonym wspólnie z Zamawiającym,

## 4. OSOBA DO KONTAKTU W SPRAWIE PROWADZONEGO POSTĘPOWANIA:

Pan / i .....

## 5. W ZAŁĄCZENIU PRZEDSTAWIAMY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....

.....  
(podpis, pieczęć imienna upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

<sup>1</sup>Formularz ofertowy należy wypełnić czytelnie.

<sup>2</sup>Proszę podać cenę obliczoną z dokładnością do **pełnych groszy**, tj. **nie większą niż dwa miejsca po przecinku**.

\*) niepotrzebne skreślić



Centrum Medycyny Profilaktycznej

**Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.**

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

[www.cmp.krakow.pl](http://www.cmp.krakow.pl), e-mail: [sekretariat@cmp.krakow.pl](mailto:sekretariat@cmp.krakow.pl)

