

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

ZAMAWIAJĄCY:

Nazwa: CENTRUM ZDROWIA ADAM MUSZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA
Adres: ul. Czajewicza 5/7 lok. 49
05-500 Piaseczno
NIP: 1230819862
REGON: 013257795

OFERTA

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 14.5/2021/UE

UWAGA: Wypełnić należy tylko białe pola.

I. IDENTYFIKACJA OFERTY

Numer oferty	
Dzień wystawienia oferty	

II. DANE WYKONAWCY

NAZWA WYKONAWCY (lub pieczęć firmowa) lub IMIĘ I NAZWISKO	
SIEDZIBA WYKONAWCY (lub pieczęć firmowa) lub ADRES ZAMIESZKANIA	
NIP – jeśli dotyczy	
PESEL (w przypadku osób fizycznych)	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU	
NUMER TELEFONU OSOBY DO KONTAKTU	
ADRES E-MAIL OSOBY DO KONTAKTU	
RODZAJ WYKONAWCY	☐ Osoba fizyczna ☐ Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ☐ Podmiot gospodarczy inny niż osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

III. PRZEDMIOT OFERTY

Przedmiotem oferty są usługi fizjoterapeutyczne – ok. 150 h/mc świadczone na rzecz pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM) w Piasecznie, w ramach projektu nr RPMA.09.02.02-14-d512/19 pn. „DDOM w Piasecznie, jako alternatywna forma opieki nad osobami zależnymi”, spełniające wszystkie założenia i wymagania zapytania ofertowego.

IV. CENA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

CENA BRUTTO za 1 h usługi (tzw. brutto brutto)	 PLN
Szacunkowa liczba godzin w okresie trwania umowy	2700 h
Szacunkowa WARTOŚĆ UMOWY BRUTTO (cena brutto X szacunkowa liczba godzin) ¹	 PLN

V. OSOBA WYZNACZONA DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Osobą wyznaczoną do realizacji zamówienia jest:

- a) ☐ Wykonawca (dotyczy osób fizycznych, w takim przypadku nie ma konieczności wypełniania poniższej tabeli)
- b) ☐ Osoba oddelegowana przez Wykonawcę do realizacji zamówienia (w takim przypadku należy wypełnić poniższą tabelę):

MIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

VI. WYKSZTAŁCENIE OSOBY WYZNACZONEJ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA – KRYTERIUM DOPUSZCZAJĄCE WYKONAWCĘ DO ZŁOŻENIA OFERTY

Oświadczam, że ja/osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada/m niezbędne wykształcenie:

Wymagane wykształcenie ²	Spełnienie TAK/NIE ³
Wykształcenie wyższe i uzyskany tytuł magistra na kierunku fizjoterapii	

Oświadczam, że dołączam dokumenty na potwierdzenie ww. wykształcenia.

VII. UKOŃCZONE SZKOLENIE – KRYTERIUM OCENY OFERT

Oświadczam, że ja/osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiadam/a ukończone szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”:

- ☐ TAK, na potwierdzenie dołączam zaświadczenie
- ☐ NIE

VIII. TERMIN WAŻNOŚCI OFERTY

Termin ważności oferty wynosi 5⁴ dni od zakończenia terminu składania ofert.

IX. POZOSTAŁE WARUNKI OFERTY

Inne (jeśli dotyczy):

▪

¹ Kwota podlegająca ocenie punktowej.

² Konieczne do wykazania spełnienie w jednym zakresie

³ Wpisać TAK, jeśli spełnione. Wpisać NIE jeśli nie spełnia.

⁴ Zmodyfikować, jeśli więcej

X. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego, akceptuję jego warunki, a oferta jest zgodna z jego treścią.
2. Oświadczam, że podana cena oferty zawiera **wszystkie** koszty związane z realizacją zamówienia.
3. W przypadku wybrania niniejszej oferty deklaruję gotowość do zawarcia umowy na zrealizowanie przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu (jeśli dotyczy).

XI. ZAŁĄCZNIKI

1. OBLIGATORYJNE - Oświadczenia na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu stanowiące integralną część oferty
2. OBLIGATORYJNE - Dokumenty potwierdzające posiadane wykształcenie osoby oddelegowanej do realizacji zamówienia np. dyplom ukończenia studiów
3. Zaświadczenie o odbytym szkoleniu w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” (jeśli dotyczy)
4. Pełnomocnictwo/upoważnienie do reprezentowania Wykonawcy (jeśli dotyczy)
5. Inne/dodatkowe załączniki:
 - a)
 - b)

<i>Miejscowość</i>	
<i>Pieczęć Wykonawcy (jeśli posiada)</i>	
<i>Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z dok. rejestrowym lub upoważnieniem/pełnomocnictwem</i>	

Oświadczenia
na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu

OŚWIADCZENIE nr 1

Oświadczenie Wykonawcy

Ja niżej podpisany/a, działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy oświadczam, że Wykonawca:

1. Nie jest powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, tzn. nie ma wzajemnych powiązań między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegających w szczególności na:
 - a. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - b. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
 - c. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - d. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
2. Nie jest pracownikiem Zamawiającego zatrudnionym na podstawie stosunku pracy.
3. Nie jest prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwo skarbowe.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

<i>Miejscowość, data</i>	
<i>Pieczęć Wykonawcy (jeśli posiada)</i>	
<i>Czytelny podpis (lub parafka i pieczęć imienna) osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z dok. rejestrowym lub upoważnieniem/pełnomocnictwem</i>	

OŚWIADCZENIE nr 2

Oświadczenie Osoby oddelegowanej do realizacji zamówienia

Ja niżej podpisany/a, osoba oddelegowana do realizacji zamówienia oświadczam, że:

1. Nie jestem powiązany/a kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym, tzn. nie ma wzajemnych powiązań między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związanych z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a mną, polegających w szczególności na:
 - a. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
 - b. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO;
 - c. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
 - d. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
2. Nie jestem pracownikiem Zamawiającego zatrudnionym na podstawie stosunku pracy.
3. Nie jestem osobą prawomocnie skazaną za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwo skarbowe.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CENTRUM ZDROWIA Adam Muszyński Sp.j. w celu wyboru Wykonawcy na stanowisko będące przedmiotem zapytania ofertowego.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data	
Czytelny podpis (lub parafka i pieczęć imienna osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia)	