

*Załącznik nr 1 do SWKO*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach projektu**

**„Przepis na Opiekę” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**

**w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałanie IX.2.2.**

Pełna nazwa oferenta:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

…………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu………………………………………………………………………………….

Adres e-mail …………………………………………………………………………………….

Numer NIP\*………………………………………………………………………………………

Numer rejestru podmiotu leczniczego\*..........................................................................................

Numer KRS\*...................................................................................................................................

1. Niniejszym zgłaszam/y gotowość przystąpienia do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 27.07.2020 r.
2. Niniejszym oświadczam/y, że:
3. zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
4. spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
5. czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
6. zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 4 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia
7. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia kopii umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW),
8. zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
9. zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
10. zobowiązuję się do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 14 dni licząc od daty wpłynięcia faktury/ rachunku do siedziby Udzielającego zamówienia,
11. nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.
12. Proponuję/emy następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres udzielanych świadczeń**  | **Szacowana liczba godzin** **w miesiącu** | **Oferowana liczba godzin** **w miesiącu**  | **Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń**  |
| Opiekun medyczny | 160 godz. (wymagane 2 osoby) |  |  |

1. W ramach proponowanej ceny:
2. uwzględniono wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym wszystkie podatki oraz składki ZUS opłacane zarówno przez Oferenta, jak i Udzielającego zamówienia,
3. spełnione zostaną warunki SWKO,
4. zaproponowana cena obowiązywać będzie w całym okresie trwania umowy

 …………………………………….

 Data i Podpis Oferenta