**załącznik nr 1 - formularz ofertowy**

FORMULARZ OFERTOWY

# Dane wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| ADRES WYKONAWCY |  |
| TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ | 20 dni |
| TELEFON  |  |
| E-MAIL |  |
| KOSZT PRACY BRUTTO ZA GODZINĘ (PLN/GODZINA) |  |

W związku z ogłoszeniem postępowania o udzielenie zamówienia na: świadczenie usług w zakresie:

# *konsultacji lekarskich*

# *opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;*

# *doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;*

#  *usprawnianie ruchowe;*

# *stymulacja procesów poznawczych;*

# *terapia zajęciowa;*

#  *przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).*

# Zamówienie realizowane w ramach projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Starych Babicach”, zgodnie z umową o dofinansowanie o nr RPMA.09.02.02-14-d506/19 Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach – IX Osi Priorytetowej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Poddziałanie: 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zakresem zamieszczonym w ogłoszeniu i jego załącznikach, opisanym niniejszą ofertą.

# Przedmiot zamówienia, w postaci zatrudnienia na stanowisku…………...........…………….. wykonam za cenę ……………………… PLN brutto/godzina, słownie: ………………………………………………………………………………………….… PLN za godzinę pracy).

# Forma współpracy na zasadzie:

* Umowy zlecenia\*
* Umowy kontraktowej\*

# Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z zapytaniem ofertowym i jego załącznikami i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń i w pełni je akceptujemy,
2. uzyskałem/-łam wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty,

Uważam się za związanego/-ą niniejszą ofertą na czas wskazany w zaproszeniu do złożenia oferty.

# Załączniki:

1. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania (załącznik nr 2a do zapytania ofertowego)
2. Dokument/-y potwierdzający posiadane kwalifikacje – na wzorze własnym Oferenta, bądź powszechnie obowiązującym

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data |  |
| Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy  |  |

\* - niepotrzebne skreślić