**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 BRUTTO ZA KONSULTACJĘ (PLN/GODZINA) |  |

W związku z ogłoszeniem postępowania o udzielenie zamówienia na: świadczenie usług w zakresie *konsultacji lekarza POZ*

# Zamówienie realizowane jest w ramach projektu pn. „Wdrażanie i wykorzystanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji model telemedyczny w dziedzinie psychiatrii” dofinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 20142021 i budżetu państwa realizowanego w ramach Programu „Zdrowie” w ramach NMF 2014-2021”, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zakresem zamieszczonym w ogłoszeniu i jego załącznikach, opisanym niniejszą ofertą.

# Przedmiot zamówienia, w postaci zatrudnienia na stanowisku lekarza POZ wykonam za cenę ……………………… PLN brutto brutto/konsyltację, słownie: ………………………………………………………………………………………….… PLN za konsultację).

# 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 2 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