

FORMULARZ OFERTOWY
w postępowaniu którego przedmiotem są:

**Usługi świadczone przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego
dla Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Krakowska 55
w okresie od maja 2022 r. (tj. od daty podpisania umowy) do
lipca 2022 r.**

Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą: ☐ TAK ☐ NIE

Małe / Średnie Przedsiębiorstwo: ☐ TAK ☐ NIE

Nazwa Wykonawcy (dotyczy firmy) / Imię i Nazwisko osoby wykonującej zamówienie

.....
.....

PESEL.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja, stopień specjalizacji.....

Nr wpisu do CEIDG (o ile podmiot posiada / uzyskał - dotyczy firm) z dnia

NIP..... REGON.....
(o ile podmiot posiada / uzyskał numer REGON)

Adres zamieszkania */ siedziby podmiotu.....

.....
Adres do umowy (np. zameldowania */siedziby podmiotu, jeśli jest inny niż powyżej).....
.....

Adres do korespondencji (np. zamieszkania */siedziby podmiotu, jeśli jest inny niż powyżej)

.....

Tel. kontaktowy

Adres mailowy (ważna informacja)

W związku z przystąpieniem do postępowania na udzielenie zamówienia składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia:

Usługi świadczone przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego dla Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Krakowska 55 w okresie od maja 2022 r. (tj. od daty podpisania umowy) do lipca 2022 r.

Miejsce udzielania świadczeń:

Dom Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Krakowska 55

Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

L.p.	Dziedzina świadczenia medycznego	Deklarowana przez oferenta maksymalna ilość godzin świadczenia usług na 1 miesiąc	Cena za godzinę świadczenia usługi (brutto)	Suma ilość godzin x cena za godzinę
1.	Pielęgniarka/ Ratownik medyczny			

Cena za godzinę realizacji usługi słownie (brutto):.....

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się warunkami Ogłoszenia i wymogami dot. przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
- Oświadczam, że uważam się za związanego/ną niniejszą ofertą na czas 30 dni od daty złożenia oferty.
- Oświadczam, że posiadam / osoba wykonująca usługi posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe wynikające z dokumentów załączonych do oferty potrzebne do realizacji przedmiotu zamówienia.
- Oświadczam, że posiadam / osoba wykonująca usługi posiada wymaganą wiedzę w zakresie przedmiotu zamówienia oraz znajduję/e się w sytuacji stabilnej zapewniającej jego terminową realizację.
- Oświadczam, że przyjmuję / osoba wykonująca usługi przyjmuje do wiadomości możliwość zmiany harmonogramu i lokalizacji wykonywania usług przedmiotu umowy, o ile zajdą przesłanki ważne dla Zamawiającego
- Oświadczam, że przyjmuję / osoba wykonująca usługi przyjmuje do wiadomości, że usługi świadczone będą w Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Krakowska 55 przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego i przyjmuję / osoba wykonująca usługi przyjmuje na siebie odpowiedzialność za wyrządzone szkody.
- W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się / osoba wykonująca usługi zobowiązuję się do sporządzania dokumentacji w sposób i w formie ustalonej u Zamawiającego, w tym przy użyciu sprzętu informatycznego w formie elektronicznej.
- Oświadczam, że przyjmuję / osoba wykonująca usługi przyjmuje do wiadomości odpowiedzialność wynikającą z otrzymania upoważnienia dot. przetwarzania danych osobowych w zakresie wykonywania niniejszego zamówienia i zobowiązuję się do ich należytej ochrony
- Oświadczam, że przyjmuję / osoba wykonująca usługi przyjmuje do wiadomości i nie wnoszę / nie wnoszę zastrzeżeń względem płatności za realizację przedmiotu zamówienia, które będą dokonane w terminie do **30 dnia** każdego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie po złożeniu sprawozdania oraz po potwierdzeniu realizacji usług objętych umową.

- W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Ogłoszeniu, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
- W przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się dostarczyć / osoba wykonująca usługi zobowiązuje się dostarczyć kserokopię (*poświadczoną za zgodność z oryginałem*) **stosownego zaświadczenia stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania czynności w zakresie przedmiotu zamówienia na dzień zawarcia umowy (zaświadczenie będzie obejmowało cały okres obowiązywania umowy)** pod rygorem uchylenia się od zawarcia umowy.
- **Oświadczam, że do dnia składania ofert nie rozwiązano ze mną / z osobą wykonującą usługi umowy na świadczenia zdrowotne z powodu okoliczności, za które ponoszę /osoba ta ponosi odpowiedzialność, zwłaszcza z tytułu poważnego naruszenia obowiązku zawodowego, co mogłoby podważyć moją / jej uczciwość, w szczególności gdy w wyniku zamierzonego działania lub rażącego niedbalstwa nie wykonano lub nienależycie wykonano zamówienie.**
- Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie oświadczenia złożone w przedmiotowym postępowaniu dotyczą **tylko zakresu złożonej oferty** z uwzględnieniem podziału na poszczególne części.
- Przystępując do przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego stosownie do art. 6 ust. 1 pkt c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) zwanym dalej RODO, a także z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oświadczam, że zostałem poinformowany przez Zamawiającego o ochronie danych osobowych w związku z ich przetwarzaniem zgodnie z art. 13 i 14 RODO i jestem świadomy konsekwencji z nich wynikających w ramach przetwarzania przez Zamawiającego danych osobowych jakie będzie on pozyskiwał w toku postępowania oraz po jego zakończeniu, w zakresie zawartym w mojej ofercie, a w przypadku wybrania mojej oferty także w zakresie przetwarzania danych osobowych potrzebnych w celu realizacji umowy na przedmiot zamówienia publicznego.
- Integralną część oferty stanowią wymagane załączniki do Ogłoszenia oraz następujące dokumenty:
 - 1) kopia dokumentów dotyczących wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
(*o ile posiada/ o ile podmiot uzyskał – dotyczy firm*).
 - 2) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk CEIDG
(*o ile posiada/ o ile podmiot uzyskał – dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą*).
 - 3) Dyplom ukończenia studiów (*dotyczy osób fizycznych*)
 - 4) Prawo wykonywania zawodu (*dotyczy osób fizycznych*)
 - 5) Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje osoby wykonującej usługi:
(*dotyczy osób fizycznych; należy wymienić i załączyć kopie*):

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpisy i pieczętki imienne osób
upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy