*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego – Formularz oferty*

Nr sprawy: 1/2021/9.2.6 USŁUGI ZDROWOTNE/TWOJE ZDROWIE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

1. **ZAMAWIAJĄCY:** Twoje Zdrowie S.A.

ul. Francuska 98A/42, 40-507 Katowice

NIP: 6342846217; REGON: 3624716380;

1. **TYTUŁ ZAMÓWIENIA:** Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy POZ i lekarzy specjalistów.

w projekcie pn.: *„Usługi zdrowotne dla Seniorów 65+”* współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL 2014-2020, Oś priorytetowa: IX Włączenie społeczne, Działanie: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych. (dalej: Projekt), realizowanym przez Beneficjenta nie należącego do sektora finansów publicznych, który nie ma obowiązku stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004r. (Dz. U. 2010r. nr 1131, poz. 759 z późn. zm.).

Postępowanie o udzielenie zamówienia w trybie konkurencyjności.

1. **NAZWA I DANE KONTAKTOWE OFERENTA:**

Telefon: e-mail:

**Niniejszym składam ofertę w następującej części zamówienia (zaznaczyć „X”):**

** CZĘŚĆ I  CZĘŚĆ II**

1. **WARUNKI OFERTOWE:**

**CZĘŚĆ I:**

**Cena (C)**

brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN za jedną konsultację/usługę

*brutto słownie:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*zł*

**Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[1]](#footnote-1)**

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada** kwalifikacje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. (Dz. U. Nr 166, poz. 1172), która definiuje, że za lekarza podstawowej opieki zdrowotnej uznaje się lekarza:

- posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej;

- odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej;

- posiadającego specjalizację II stopnia w zakresie medycyny ogólnej.

**na dowód czego do Formularza oferty załączam dokument/-y potwierdzający/-e to prawo:**

*(wpisać jaki dokument/-y):* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ II:**

**Cena (C)**

brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN za jedną konsultację/usługę

*brutto słownie:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*zł*

**Oświadczam, że ja osobiści lub Pan/-i[[2]](#footnote-2)**

*(imię i nazwisko) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**posiada** prawo wykonywania zawodu lekarza o specjalizacji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i/lub tytuł dyplomowanego lekarza o specjalności: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- **na dowód czego do Formularza oferty załączam dokument/-y potwierdzający/-e to prawo:**

*(wpisać jaki dokument/-y):* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OŚWIADCZENIA OFERENTA:**

Oświadczam/-y, że:

* pozostaję/-emy związany/-ni niniejszą ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert,
* po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnoszę/-imy do niego żadnych zastrzeżeń,
* zobowiązuję/-my się do zawarcia z Zamawiającym umowy, której istotne postanowienia stanowią Załącznik do Zapytania Ofertowego, w terminie do 7 dni od dnia zawiadomienia mnie/nas przez Zamawiającego o wyborze najkorzystniejszej oferty pod rygorem uznania, że odstępuję/my od wykonania przedmiotu zamówienia,
* brak jest podstaw, o których mowa w art. 24 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późniejszymi zmianami) do wykluczenia mnie z postępowania,
* nie wykonywałem/łam/liśmy żadnych czynności związanych z przygotowaniem niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia, a w celu sporządzenia Oferty nie posługiwałem/łam się osobami uczestniczącymi w dokonaniu tych czynności.

1. **POTWIERDZENIE PRAWDZIWOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W OFERCIE**

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentów je potwierdzających na żądanie Zamawiającego.

*Do oferty załączam:*

1. *Załącznik 1 do Formularza oferty: Oświadczenie o braku powiązań Oferenta*
2. *Kopię dokumentu/-ów potwierdzającego/-ych spełnienie kryterium: Uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Miejscowość, data Podpis Oferenta*

*Załącznik nr 1 do Formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań*

Nr sprawy: 1/2021/9.2.6 USŁUGI ZDROWOTNE/TWOJE ZDROWIE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

*Miejscowość, data*

*Miejsce na pieczęć Oferenta*

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Oświadczam(-y), że nie jestem(-śmy) powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi   
w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Data i podpis Oferenta*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)