Załącznik do Zapytania ofertowego

……………………………………………………………………

(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na** **realizację działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia związanych z profilaktyką i leczeniem chorób wątroby – dedykowanych dla mieszkańców miasta Bydgoszcz.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O OFERENCIE** | | | |
| **Pełna nazwa Oferenta** | |  | |
| **Adres Oferenta** | |  | |
| **Numer telefonu** | |  | |
| **Adres e-mail** | |  | |
| **REGON** | |  | |
| **NIP** | |  | |
| **Forma organizacyjna podmiotu leczniczego**  Imię i nazwisko, adres  (w przypadku przedsiębiorcy)  Numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub KRS | |  | |
| **Nazwa banku, numer konta bankowego** | |  | |
| **Osoba upoważniona do składania woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych *Uwaga: jeżeli więcej niż jedna osoba jest upoważniona należy wpisać wszystkie osoby wraz z określeniem sposobu reprezentacji*** | |  | |
| **Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej  (nr polisy wraz z datą obowiązywania)** | |  | |
| **INFORMACJE O ZADANIU** | | | |
| **Miejsce realizacji zadania** | |  | |
| **Czas realizacji zadania** | |  | |
| **Opis realizacji zadania (można załączyć na osobnych stronach)** | |  | |
| **Przewidywana liczba beneficjentów** | |  | |
| **Zasoby kadrowe (liczba osób, kwalifikacje, doświadczenie zawodowe)** | |  | |
| **ŚRODKI FINANSOWE** | | | |
| **Rodzaj działania** | **Liczba planowanych działań** | **Cena jednostkowa netto  (w złotych)** | **Cena jednostkowa brutto**  **(w złotych)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |
| **OŚWIADCZENIA/ZOBOWIĄZANIA OFERENTA:** | | | |
| **Oświadczam, iż:**   * zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego; * wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym  i faktycznym; * osoby realizujące świadczenia zdrowotne w ramach usługi posiadają odpowiednie kwalifikacje; * nie zalegam z płatnościami podatków i składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne; * nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U.  z 2025 r. poz. 514)   **Zobowiązuję się do:**   * zatrudnienia osób posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe; * zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonywania świadczeń  i odpowiadającym wymaganiom określonym w odrębnych przepisach; * udzielania świadczeń z najwyższą starannością; * utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez okres realizacji usługi.   ……………………………………………………… …………………………………………………………..  (miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej   do reprezentowania podmiotu) | | | |

………………………………………………………….. ………………………………………………………………..

(miejsce, data) (pieczęć i podpis osoby upoważnionej   
 do reprezentowania podmiotu)