

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTY**

**Zamawiający:**

Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o.

58 - 400 Kamienna Góra, ul. Bohaterów Getta 10

**Nazwa postępowania:**

**Realizacja usług pielęgniarskich dla Powiatowego Centrum Zdrowia
w Kamiennej Górze Sp. z o.o. w ramach Projektu pn.: "Dzienny Dom Opieki Medycznej jako rozwój nowych usług opieki nad osobami niesamodzielnymi
z powiatu kamiennogórskiego"**

**Nr sprawy: ZO 4/2020**

**Wykonawca:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **2.** | **Adres**  |  |
| **3.** | **e-mail** |  |
| **4.** | **NIP, Regon** |  |

## **Oferuję(-my) wykonanie zamówienia opisanego szczegółowo w Załączniku nr 2 (Przedmiot zamówienia) i Załącznikach do Formularza oferty.**

## **Cena oferty za realizację niniejszego zamówienia wynosi:**

***Wypełnić część/części, których dotyczy oferta***

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
| **Część 1.**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria usługi** | **Jednostka miary** | **Liczba** **jednostek** | **Cena jednostkowa (zł brutto)** | **Wartość** **(zł brutto)** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e=c x d** |
| **realizacja usług pielęgniarskich** | **godzina** | **1910** |  |  |
| **RAZEM cena brutto (z VAT): ………………………………..zł****(słownie: …………………………………………………………………….……………….….)** |

|  |
| --- |
| **Część 2.**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria usługi** | **Jednostka miary** | **Liczba** **jednostek** | **Cena jednostkowa (zł brutto)** | **Wartość** **(zł brutto)** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e=c x d** |
| **realizacja usług pielęgniarskich** | **godzina** | **1910** |  |  |
| **RAZEM cena brutto (z VAT): ………………………………..zł****(słownie: ……………………………………………………………………….……………….….)** |

|  |
| --- |
| **Część 3.**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria usługi** | **Jednostka miary** | **Liczba** **jednostek** | **Cena jednostkowa (zł brutto)** | **Wartość** **(zł brutto)** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e=c x d** |
| **realizacja usług pielęgniarskich** | **godzina** | **1910** |  |  |
| **RAZEM cena brutto (z VAT): ………………………………..zł****(słownie: ……………………………………………………………………….……………….….)** |

**3. Oświadczam/-y, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Zapytania ofertowego, warunkami zamówienia i akceptuję/-emy je w pełni i bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że wykonanie przedmiotu zamówienia nastąpi na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym tj. przez okres 30 dni od dnia składania ofert.
4. Oświadczam, że wycena przedmiotu umowy uwzględnia wszystkie uwarunkowania oraz czynniki związane z realizacją zamówienia i obejmuje cały zakres rzeczowy zamówienia - jest kompletna.
5. W przypadku udzielenia mi/nam zamówienia, zobowiązuję/-emy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Spełniam/-y warunki udziału w postępowaniu wskazane w pkt 6 Zapytania ofertowego.
7. Przyjmuję(-my) termin realizacji zamówienia określony w Zapytaniu ofertowym.

**4. Załączniki do niniejszego Formularza oferty stanowią:**

1. Oświadczenie Wykonawcy - Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego.
2. Klauzula informacyjna RODO - Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego.
3. ...........................................................................................................................
4. ...........................................................................................................................
5. ...........................................................................................................................

........................... dnia ....................

……………….…………………………………

czytelny podpis (lub pieczątka i podpis) osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy