W wierszu umieszczono cztery logotypy:
- jako pierwszy od lewej strony wiersza znajduje się znak Funduszy Europejskich (FE) złożony z symbolu graficznego, nazwy Fundusze Europejskie oraz nazwy programu regionalnego.Symbol graficzny jest zbudowany z układu połączonych gwiazd na tle trapezu. Symbolika gwiazd nawiązuje do flagi Unii Europejskiej przez żółty kolor jednej z gwiazd oraz niebieski kolor tła. Równocześnie nawiązuje do symboliki flagi Polski przez biały i czerwony kolor pozostałych dwóch gwiazd;
- jako drugi od lewej strony wiersza znajduje się znak przedstawiający flagę Polski, na której barwy narodowe widnieją w postaci dwóch pasów równej szerokości, z których górny jest biały, a dolny czerwony. Są to barwy pochodne od herbu państwa. Pas górny oznacza Orła Białego, pas dolny pole tarczy herbowej;
- jako trzeci od lewej strony wiersza znajduje się herb województwa dolnośląskiego z napisem ,,Dolny Śląsk”. Herbem województwa dolnośląskiego jest w polu złotym orzeł czarny ze srebrną przepaską w kształcie półksiężyca z umieszczonym na niej pośrodku krzyżem;
- jako ostatni zamieszczono znak Unii Europejskiej (UE) złożony z flagi UE, napisu Unia Europejska i napisem "Europejski Fundusz Społeczny", który współfinansuje Projekt realizowany przez Beneficjenta.

**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 medycznych przez psychologa 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 9/2020**

**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:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria usługi** | **Jednostka miary** | **Liczba**  **jednostek** | **Cena jednostkowa (zł brutto)** | **Wartość**  **(zł brutto)** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e=c x d** |
| **realizacja usług medycznych przez geriatrę lub lekarza chorób wewnętrznych** | **godziny** | **1440** |  |  |
| **RAZEM cena brutto (z VAT): ………………………………. zł**  **(słownie: ……………………………….. złotych)** | | | | |

**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. ...........................................................................................................................

Kamienna Góra dnia ………………

……………….…………………………………

czytelny podpis (lub pieczątka i podpis) osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy