Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr WPGPO/5/2016

**Formularz oferty**

Przedmiot zamówienia:

usługi cateringowe w Gdańsku w ramach projektu „Wykwalifikowane pielęgniarki gwarancją profesjonalnej opieki”, dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych:

pieczątka

..........................................................................

(Nazwa / imię i nazwisko wykonawcy)

...........................................................................

(adres wykonawcy)

nr telefonu ............................................................

e-mail .............................................................. KRS ………………………………………………………………

NIP ………………………………………………………………………… REGON …………………………………………………………

w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe nr WPGPO/5/2016 oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym

**Część 1 – Gdańsk**

| **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość porcji** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- |
| Kurs Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część I |
| Przerwy kawowe |  | 210 |  |
| Obiady |  | 60 |  |
| Kurs Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część II |
| Przerwy kawowe |  | 150 |  |
| Obiady |  | 30 |  |
| **Łączna wartość oferty dla części 1 – Gdańsk** | **-** |  |

**Część 2 – Częstochowa**

| **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość porcji** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- |
| Kurs Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część I |
| Przerwy kawowe |  | 210 |  |
| Obiady |  | 60 |  |
| Kurs Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część II |
| Przerwy kawowe |  | 150 |  |
| Obiady |  | 30 |  |
| **Łączna wartość oferty dla części 2 – Częstochowa** | **-** |  |

**Część 3 – Kraków**

| **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość porcji** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- |
| Kurs Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część I |
| Przerwy kawowe |  | 210 |  |
| Obiady |  | 60 |  |
| Kurs Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych część II |
| Przerwy kawowe |  | 150 |  |
| Obiady |  | 30 |  |
| **Łączna wartość oferty dla części 3 – Kraków** | **-** |  |

Ponadto oświadczam, że:

1. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. **Prowadzę /nie prowadzę1** działalność gospodarcza o profilu odpowiadającym zamówieniu.
4. Dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym, organizacyjnym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
5. Zapoznałem/-am się i akceptuję warunki zawarte w Zapytaniu ofertowym.
6. Uzyskałem/-am wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i realizacji przedmiotu zamówienia.
7. Cena podana w ofercie obejmuje wszelkie koszty związane z powyższym zamówieniem.
8. **Jestem / nie jestem**[[1]](#footnote-1) płatnikiem podatku VAT.
9. W przypadku uzyskania zamówienia zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji oraz wyjaśnień finansowych i technicznych, przez Zamawiającego lub jego upoważnionych przedstawicieli.
11. Jestem związany/a naszą ofertą przez 60 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
12. Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym – Stowarzyszeniem Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między
Stowarzyszeniem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu
Stowarzyszenia lub osobami wykonującymi w imieniu Stowarzyszenia 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.
5. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.-Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz. U z 2015r. poz. 2164 z późn.zm.).
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby procedury wyboru Wykonawcy, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że zawarte w ofercie informacje opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

……………………………………… …..……………………………….

 (miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)

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