|  |  |
| --- | --- |
| DKw.2233.50.2024.DB | ………………………….., dn. …………………. ………….. r. |

**Załącznik nr 3**

**Zamawiający:**

Zakład Karny w Żytkowicach

Brzustów 62

26-930 Garbatka-Letnisko

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na „Wybór Wykonawców usług medycznych w określonych specjalizacjach”**

Nazwa Wykonawcy: ....................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................

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

NIP…………………………………………….…………...…. REGON ..….……….………………………………….……………

Nr telefonu: ….......................................................... Nr faksu: …................................................

Email: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu
do składania ofert i za cenę przedstawioną poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa liczba przewidywanych konsultacji/godzin | Stawka podatku Vat w % | Cena 1 konsultacji/ godziny | Cena danej usługi w skali całego zamówienia (wartość z kolumny nr 3 pomnożona przez wartość z kolumny nr 5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej\* | 350 godzin |  |  |  |
| 2. | Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie laryngologii\* | 20 konsultacji |  |  |  |
| 3. | Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie psychiatrii\* | 240 konsultacji |  |  |  |
| 4. | Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pulmonologii\* | 15 konsultacji |  |  |  |
| 5. | Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie okulistyki\* | 70 konsultacji |  |  |  |
| 6. | Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ortopedii \* | 60 konsultacji |  |  |  |

**\* Usługi, na które Wykonawca NIE BĘDZIE SKŁADAŁ oferty powinny zostać wykreślone.**

Równocześnie oświadczamy, że:

1. zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2a lub 2b do niniejszego zaproszenia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu zakończenia składania ofert.
3. ustanawiamy warunki płatności: płatność przelewem w terminie 30 dni od momentu otrzymania przez ZK Żytkowice prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury zgodnie z zapisami wzoru umowy.
4. nie posługiwaliśmy się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi w przygotowaniu prowadzonego postępowania.
5. akceptujemy fakt, iż ilość usług zdrowotnych wyszczególnionych w tabeli powyżej, jest ilością szacunkową i służy wyłącznie do wyliczenia ceny oferty i wyboru Wykonawcy. Użyte przez Wykonawcę (który złoży ofertę najkorzystniejszą) do obliczenia ceny oferowanej, ceny jednostkowe będą stałe w okresie obowiązywania umowy.
6. Zamawiający nie ponosi konsekwencji finansowych zmniejszenia ilości badań. Wykonawcy należy się wynagrodzenie za faktycznie przeprowadzone badania.
7. Na kolejno.......... ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

Załączniki do niniejszej oferty stanowią:

* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..

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

 ***(data) (pieczęć i podpis osoby upoważnionej)***