**Załącznik nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr sprawy: S/K.110.59.2024.PW | ………………………….., dn. …………………. 2024r. |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na „Konkurs ofert w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dla osadzonych   
– pielęgniarka/ratownik medyczny – umowa zlecenie”**

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Szacunkowa liczba przewidywanych godzin | Cena brutto za 1 godzinę | Cena danej usługi w skali całego zamówienia (wartość  z kolumny nr 3 razy wartość  z kolumny nr 4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Świadczenie usług zdrowotnych  w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dla osadzonych – umowa zlecenie – grudzień 2024r | 40 godz. |  |  |

Równocześnie oświadczam, że:

1. zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy zgodnie   
   ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do zaproszenia do składania ofert,   
   w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. jestem związany ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.
3. ustanawiam warunki płatności: płatność przelewem w terminie 30 dni od momentu otrzymania przez ZK Żytkowice prawidłowo wystawionego przez Oferenta rachunku   
   do umowy zlecenie.
4. nie posługiwałem się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi   
   w przygotowaniu prowadzonego postępowania.
5. akceptuję fakt, iż ilość usług zdrowotnych wyszczególnionych w tabeli powyżej,   
   jest ilością szacunkową i służy jedynie wyłącznie do wyliczenia ceny oferty  
   i wyboru Oferenta. Użyte przez Oferenta (który złoży ofertę najkorzystniejszą)  
   do obliczenia ceny oferowanej, ceny jednostkowe będą stałe w okresie obowiązywania umowy.
6. Zamawiający nie ponosi konsekwencji finansowych zmniejszenia ilości przewidywanych godzin. Zleceniobiorcy należy się wynagrodzenie za czas faktycznie wykonywanego zlecenia.
7. Na kolejno.......... ponumerowanych stronach składam całość oferty.

Załączniki do niniejszej oferty stanowią:

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

………………………………. ………………………………………………………

(data) (pieczęć i podpis Oferenta)