



Załącznik nr 1

do zapytania ofertowego nr RPDS. 09.03.00-02-0010/20-00/14

FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

.....

.....

.....

/ dane Wykonawcy/

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr RPDS.09.03.00-02-0010/20-00/ w postępowaniu o udzielenie zamówienia w oparciu o zasadę konkurencyjności określoną w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*” na wybór lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej i chorób wewnętrznych do świadczenia usług związanych z wykonywaniem przez Zamawiającego zadań w ramach projektu pn. „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sycowie” w ramach Osi Priorytetowej: 9 *Włączenie społeczne*, Poddziałania: 9.3 *Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych – konkursy horyzontalne* Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 oferuję wykonanie powyższej usługi za cenę brutto wynoszącą:

Termin realizacji zamówienia: od kwietnia 2021 r. do maja 2023 r.

Cena brutto za 1 godzinę zegarową:

Wyrażona liczbowo: PLN

słownie:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedmiotem zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

1. Oświadczam, iż **spełniam** określone w zapytaniu ofertowym warunki udziału w postępowaniu.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione **wszystkie koszty wykonania usługi** w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym nr RPDS.09.03.00-02-0010/20-00/14
3. Oświadczam, iż **znana jest mi treść Wytycznych** w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.
4. Oświadczam, że **akceptuję wszystkie zapisy zapytania ofertowego** nr RPDS.09.03.00-02-0010/20-00/14, a w przypadku przyjęcia do realizacji mojej oferty deklaruję:
 - a) należyta staranność i terminowość przy realizacji przedmiotu zamówienia;
 - b) gotowość do zmiany terminów realizacji przedmiotu zamówienia w przypadku zaistnienia siły wyższej, bądź z przyczyn niezależnych od Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy ul. Armii Krajowej 1, 56-400 Oleśnica;
 - c) gotowość do negocjacji warunków współpracy na każdym etapie postępowania;
 - d) gwarancję ważności oferty przez 14 dni od daty jej złożenia;
 - e) dyspozycyjność;
 - f) spełnienie wszystkich wymogów wskazanych w ofercie.
5. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia do realizacji mojej oferty, zobowiązuję się do zwarcia umowy na określonych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb postępowania dotyczącego zapytania ofertowego nr RPDS.09.03.00-02-0010/20-00/14 w projekcie
pn. „Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Sycowie”



Imię i nazwisko/nazwa oferenta:

.....

Adres zamieszkania/siedziba oferenta:

.....

Numer telefonu oferenta, adres email:

.....

PESEL/NIP:

.....

Numer REGON:

.....

Osoba do kontaktu:

.....

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Oferenta

Do oferty załączam (proszę wymienić załączniki):

-
-
-
-
-
-

