

Nr postępowania: 9 /2018/RPO

Załącznik 1 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTY**

1. **Dane Zamawiającego:**

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną

Koło w Wolbromiu

ul. Skalska 22, 32-340 Wolbrom

1. **Termin spełnienia świadczenia Wykonawcy:** do **7** dni od dnia otrzymania pisemnej informacji o wyborze oferty.
2. **Warunki płatności:** do 14 dni od daty wydania przedmiotu zamówienia i przedłożenia faktury.
3. **Nazwa i adres Wykonawcy**

Nazwa ……………………………………………………….………………………………………….…

Siedziba …………………………………………………………………………………………….……

telefonu/faksu ………………………………………………………………………………………….... mail ………………………………………………….................................................................................

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

KRS ………………….…………..………….…………..……………………..………………………….

Nr rachunku bankowego …………………………………………………………………………………..

1. **Oferta świadczenia usług medycznych adres Zamawiającego podany w pkt I:**

**MODUŁ I BADANIA PRENATALNE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA KOSZTU** | **ROK** | **J. M** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA** | **KOSZT OGÓŁEM** |
| 1. Koszt wizyty lekarskiej( 2 wizyty lekarskie dla 1 osoby | 2018 | Os. | 5 |  |  |
| 2019 | Os. | 5 |  |  |
| 2020 | Os. | 5 |  |  |
| 2021 | Os. | 0 |  |  |
| 2. Badanie usg( 2 badania/osobę) | 2018 | Os. | 5 |  |  |
| 2019 | Os. | 5 |  |  |
| 2020 | Os. | 5 |  |  |
| 2021 | Os. | 0 |  |  |
| 3. Badanie biochemiczne(PP-A,BETA-HCG,AFP, ESTRIO)wraz z komputerową oceną ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowej | 2018 | Os | 5 |  |  |
| 2019 | Os. | 5 |  |  |
| 2020 | Os. | 5 |  |  |
| 2021 | Os. | 0 |  |  |

**MODUŁ II WIZYTY LEKARSKIE DLA DZIECI W WIEKU 0-7:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA KOSZTU** | **ROK** | **J. M** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA** | **KOSZT OGÓŁEM** |
| 1. Koszt wizyty lekarskiej dzieci w wieku 0-3 r. ż. (1 raz w miesiącu) | 2018 | Os. | 10 |  |  |
| 2019 | Os. | 10 |  |  |
| 2020 | Os. | 10 |  |  |
| 2021 | Os. | 10 |  |  |
| 2. Koszt wizyty lekarskiej dzieci w wieku 4-7 r. ż. (2 razy w roku) | 2018 | Os. | 40 |  |  |
| 2019 | Os. | 40 |  |  |
| 2020 | Os. | 40 |  |  |
|  | 2021 | Os. | 40 |  |  |

1. **Oświadczenia Wykonawcy**

**Oświadczam, że:**

1. jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi oraz, że w wyniku realizacji zamówienia prawa osób trzecich nie zostaną naruszone,
2. zapoznałem się z Zapytaniem Ofertowym, akceptuję jego postanowienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
3. złożona oferta zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia oraz wszelkie rabaty i upusty,
4. podane w niniejszym formularzu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
5. moja firma nie znajduje się w stanie likwidacji, ani nie ogłoszono wobec niej upadłości,
6. nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, w szczególności poprzez:
   1. uczestnictwo w spółce, jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
   2. posiadanie udziałów lub co najmniej 10 % akacji;
   3. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
   4. pozostawanie 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.
7. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 2135 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Wolbromiu z siedzibą w Wolbromiu przy ul. Skalskiej 22 (administrator danych) w celu realizacji Zapytania Ofertowego na zakup sprzętu rehabilitacyjnego współfinansowanego na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych ze środków PFRON oraz że wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

…………………., dnia………………… ……………………………………………………….

pieczęć i podpis Wykonawcy