*Pieczątka firmowa z pełną ………………………………………..*

*nazwą oferenta Miejscowość, data*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**udzielania świadczeń w zakresie usługi konsultacji dietetycznych na rzecz uczestników projektu pn. „W zdrowym ciele zdrowy duch!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020.**

**I. Dane Oferenta:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | |
|  | |  | | | |
| **Kwalifikacje:** | | **Zawód** | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | |
| **Kraj** | **Miejscowość** | | | | |
| **Kod pocztowy** | **Poczta** | | | | |
| **Ulica** | | **Nr domu** | | | **Nr lokalu** |
| **E-mail** | | **telefon** | | | **fax** |
| **Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):** | | | | | |
| **Kraj** | | **Miejscowość** | | | |
| **Kod pocztowy** | **Poczta** | | | | |
| **Ulica** | | **Nr domu** | | | **Nr lokalu** |
| **Działalność gospodarcza** | | | | | |
| **Firma** | | | | **Siedziba** | |
| **Numer identyfikacji podatkowej (NIP)** | | | **REGON** | | |

**II. Kwalifikacje zawodowe** **i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:**

1. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)

 do 1 roku

 od 1 do 5 lat

 powyżej 5 lat

Należy wymienić miejsce/miejsca świadczonych usług w zakresie pracy dietetyka:

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

…………………………………………………………………………………………………………

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

2. Dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta:

- Studia podyplomowe: ………………………………………………………………………….

- Specjalizacja: ........................................................................................................................

- Konferencje: ……………………………………………………………………………………….

- kurs kwalifikacyjny/specjalizacyjne: ....................................................................................

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

**III. Oferowana kwota wynagrodzenia:**

W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń w zakresie „**usługi konsultacji dietetycznych na rzecz uczestników projektu pn. „W zdrowym ciele zdrowy duch!”**

oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości:

1. Koszt: \_\_\_\_\_\_,\_\_\_PLN brutto za jedną konsultację kwalifikującą (60 min)

**(słownie: …....................................................................................................................... złotych)**

1. Koszt: \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ PLN brutto za jedną konsultację (30 min)

**(słownie: …....................................................................................................................... złotych)**

Deklarowana ilość uczestników projektu …................... oraz obszar ………………….

Dodatkowo oferowane świadczenia na rzecz Zamawiającego: …………………….

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

**V. Oświadczenie:**

* 1. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia
  2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń usługi konsultacji dietetycznych na rzecz uczestników projektu pn. „W zdrowym ciele zdrowy duch!”objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie)
  3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
  4. Oświadcza, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.
  5. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
  6. Oferuję termin płatności ……… dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
  7. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie dietetyka wynosi …….. lat
  8. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
  9. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
  10. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia usługi konsultacji dietetycznych na rzecz uczestników projektu pn. **„W zdrowym ciele zdrowy duch!”** na okres od dnia podpisania umowy do **trwania projektu czyli VI.2020 - V. 2022 r.**
  11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
  12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
  13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym
  14. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
  15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ w Rawie Mazowieckiej Szpital Św. Ducha dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

………………………………….. ………………………………………………..

( miejscowość, data ) (podpis i pieczęć Świadczeniodawcy )

**VI. Do oferty załączam:**

 Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS

 Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły

 Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne specjalistyczne

 Kserokopia polisy OC

 Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń na stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy

 W przypadku kontynuacji umowy oświadczenie o przekazaniu w poprzednim postepowaniu kopi dokumentacji

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (wskazać jakie):

* 1. ………………………………………………………………………………………………
  2. ………………………………………………………………………………………………
  3. ………………………………………………………………………………………………

1. …………………………………………………..…………………...(*inne dokumenty – wskazać jakie*)

\*-niewłaściwe skreślić

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

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)

**Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.