FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** |  |
| pełna nazwa/firma  adres  NIP/PESEL, KRS/CEiDG (w zależności od podmiotu) |  |
| numer telefonu/faxu  adres poczty elektronicznej |  |
| reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji) |  |
| osoba do kontaktu |  |
| adres mailowy |  |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie podejmujemy się zrealizowania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ.

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia/zamówienie publiczne pn.: |
| Wykonanie superwizji grupowych i indywidualnych |

|  |
| --- |
| **Oferta realizacji przez Wykonawcę zamówienia w ramach ………… (\*) Pakietów, wg poniższego:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu/ Nr załącznika do SWZ** | **OFERTA WYKONAWCY (\*\*)** | | | |
| **Kwota [cena] netto**  **zł** | **Kwota podatku VAT**  **zł** | **Kwota [cena] brutto**  **zł** | **Termin płatności**  [45 dni lub  60 dni] |
| Pakiet I  Załącznik nr 1.1 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet II  Załącznik nr 1.2 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet III  Załącznik nr 1.3 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet IV  Załącznik nr 1.4 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet V  Załącznik nr 1.5 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet VI  Załącznik nr 1.6 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet VII  Załącznik nr 1.7 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet VIII  Załącznik nr 1.8 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet IX  Załącznik nr 1.9 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet X  Załącznik nr 1.10 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet XI  Załącznik nr 1.11 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet XII  Załącznik nr 1.12 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet XIII  Załącznik nr 1.13 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet XIV  Załącznik nr 1.14 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet XV  Załącznik nr 1.15 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |
| Pakiet XVI  Załącznik nr 1.16 do SWZ |  |  | ...........................................  słownie: ........................................... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY** | |
| Wykonawca, którego reprezentuje oświadcza, że osobą która skierowana zostanie do realizacji zamówienia w ramach **Pakietu ……………… (\*\*\*)** jest | |
| **Pani/Pan ………………………………………………………………………………………………………………………… (\*\*\*\*)**  (imię i nazwisko) | |
| Posiadająca/-y wymagane przez Zamawiającego kwalifikacje wynikające z posiadania **(\*\*\*\*\*)**: | |
|  | a) dyplomu lekarza specjalisty psychiatrii |
|  | b) dyplomu magistra psychologii |
|  | c) dyplomu lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży |
|  | d) dyplomu specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna, wydany przez Centrum Egzaminów Medycznych |
|  | e) tytułu superwizora |
|  | f) tytułu superwizora psychoterapii aplikanta |

Na potwierdzenie posiadanych przez osobę skierowaną przez Wykonawcę do realizacji zamówienia kwalifikacji, wynikających z posiadanego dyplomu/ tytułu, Wykonawca wraz z ofertą przekaże stosowne dokumenty, o których mowa w Sekcji VIII pkt. 3) tabela 2 Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**Termin wykonania przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia/umowy:** 24 miesiące licząc od planowanej daty rozpoczęcia świadczenia usługi, tj. od dnia 01.06.2025 rok.

**Jednocześnie Wykonawca, którego reprezentuje oświadcza, że:**

1. zapoznał się z warunkami określonymi w treści SWZ oraz jej załącznikach i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje warunki w nich zawarte w całości;
2. zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosi do niego zastrzeżeń;
3. ujął w złożonej ofercie wszystkie elementy i koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia; cena brutto podana powyżej zawiera wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;
4. związany jest niniejszą ofertą do dnia wskazanego przez Zamawiającego w treści SWZ;
5. akceptuje warunki dotyczące wynagrodzenia Wykonawcy, określone szczegółowo przez Zamawiającego w paragrafie 5 wzorów umów – załączniki nr 4 – 7 do SWZ;
6. zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Wykonawca oświadcza, iż: **(\*\*\*\*\*\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | jest mikro przedsiębiorcą |
|  | jest małym przedsiębiorcą |
|  | jest średnim przedsiębiorcą |
|  | prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą |
|  | jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej |
|  | inny rodzaj, jaki ............ |

**Uwaga!**

Porównaj zalecenie Komisji z 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U.L.124 z 20.05.2003, s.36) Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych. Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami, i które zatrudniają mniej niż 250 osób, i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

**Dane do umowy (\*\*\*\*\*\*\*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | | Stanowisko | |
|  | |  | |
| **Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację umowy ze strony Wykonawcy:** | | | |
| Imię i nazwisko | Stanowisko | | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Nr konta bankowego do rozliczeń pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą, zarejestrowany we właściwym dla Wykonawcy Urzędzie Skarbowym:** | | | |
| Nazwa i adres banku | Nr rachunku | | |
|  |  | | |

**Formularz niniejszy powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Uzupełnić na ile pakietów Wykonawca składa ofertę;

(\*\*) Uzupełnić:

- cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia - wypełnić po sporządzeniu Formularza/y cenowego/ych – załączniki nr 1.1 – 1.16 do SWZ. Formularz/e cenowy/e Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wraz z ofertą i stanowi/ą on/e obligatoryjny/e załącznik/i do niniejszego Formularza Ofertowego Wykonawcy;

- termin płatności - Wykonawca może zaoferować Zamawiającemu termin płatności 45 dni lub 60 dni liczonych od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury potwierdzającej dostawę. Jeżeli Wykonawca zostawi ten punkt formularza niewypełniony (puste pole) Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 30 dniowy termin płatności.

(\*\*\*) Uzupełnić na ten Pakiet na który Wykonawca składa ofertę; jeżeli Wykonawca składa ofertę na więcej niż jeden Pakiet tabelę z oświadczeniem Wykonawcy należy skopiować i uzupełnić dla każdego Pakietu osobno;

(\*\*\*\*) Uzupełnić imię i nazwisko osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia; jeżeli do realizacji zamówienia Wykonawca kieruje więcej niż jedną osobę wówczas tabelę z oświadczeniem Wykonawcy należy skopiować i uzupełnić dla każdej osoby osobno;

(\*\*\*\*\*) Uzupełnić poprzez wpisanie znaku „X” przy posiadanych przez osobę wskazaną do realizacji zamówienia kwalifikacjach wynikających z posiadania danego tytułu;

***Na potwierdzenie wymaganych przez Zamawiającego kwalifikacji osoby skierowanej do realizacji zamówienia, wynikających z posiadania stosownego dyplomu/ tytułu, Wykonawcy wraz z ofertą składa stosowne dokumenty.***

(\*\*\*\*\*\*) Właściwe zaznaczyć;

(\*\*\*\*\*\*\*) Uzupełnić.