



Załącznik nr 1

Zapytanie ofertowe nr 1/9.2.6.RPO WSL/2021

.....
Miejscowość i data

WZÓR FORMULARZA OFERTOWEGO

Odpowiedź na zapytanie ofertowe nrz dnia r.

Zadanie częściowe nr

ZAMAWIAJĄCY:

VITAMED Sp. z o. o.
ul. Różana 7, 44-109 Gliwice
NIP: 9691241997
Kontakt: 601 331 200

DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa Wykonawcy :...(proszę wpisać).....
2. Adres(proszę wpisać).....
3. Tel.(proszę wpisać).....
4. E-mail(proszę wpisać).....
5. Numer NIP / PESEL(proszę wpisać).....

składam/-y niniejszą ofertę:

Oferuję/-emy realizację zamówienia zgodnie z Zapytaniem Ofertowym na usługi personelu medycznego w zakresie:

Za realizację zamówienia proponuję stawkę w **wysokości:..... zł brutto za jedną godzinę** udzielania świadczeń medycznych na miejscu i w ramach wizyt domowych.

Cena podana w ofercie obejmuje wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia.

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i w całości akceptuję jego treść i warunki, a warunki oferty są zgodne z zapytaniem ofertowym.
- Posiadam uprawnienia do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz niezbędną wiedzę i doświadczenie pozwalające na wykonanie zamówienia z należytą starannością.
- Zobowiązuję/-emy się do udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wskazanym przez Zamawiającego.
- Oświadczam/-y, że zapoznałem/-liśmy się z warunkami Zapytania Ofertowego i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń, pozostaję/-emy związany/-i złożoną przeze mnie/przez nas ofertą w terminie 30 dni od dnia składania ofert oraz w przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuję/-emy się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
- Ponadto oświadczam, iż po przyjęciu przedmiotowego zlecenia moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i funduszu spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów, nie przekroczy 276 godzin miesięcznie*.
(*dot. osób fizycznych składających ofertę).
- Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że moje dane osobowe, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO, będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym postępowaniem i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w protokole wyboru, zawarcia umowy).

.....
Podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć firmowa Wykonawcy

Załącznik nr 2

Zapytanie ofertowe nr 1/9.2.6.RPO WSL/2021

.....
Miejscowość i data

Oświadczenia o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym

Niniejszym oświadczam, iż jako Wykonawca nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Beneficjentem projektu (Zamawiającym), czyli VITAMED Sp. z o. o.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między 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 a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,*
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,*
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,*
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.*

.....
pieczętka i podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Wykonawcy/