**Załącznik nr 1 do WUZ z dnia 03.01.2020 r.. - ARKUSZ CENOWY OFERENTA**

Dot.  **WYŁONIENIA WYKONAWCY NA ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH
 DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU**

**Dzienny Dom Opieki Medycznej EMC w Kowarach**

**CPV** [**85121200-5**](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/specjalistyczne-uslugi-medyczne-8993) **Specjalistyczne usługi medyczne**

**Dane Zamawiającego:***Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kowarach, z siedzibą w Kowarach przy ul. Sanatoryjnej 15, 58-530 Kowary; REGON: 231189560, NIP: 6112495493; Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, IX Wydział, KRS: 0000177927; Kapitał zakładowy: 12 966 268,56 PLN*

1. **Dane Oferenta:**

**Osoba fizyczna:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| PESEL |  |
| Dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail) |  |

**Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą/ Osoba prawna:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Forma prawna |  |
| Adres siedziby |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Organ rejestrowy/ Numer w Rejestrze |  |
| Dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail) |  |

**Celem postępowania jest:** wyłonienie wykonawcy na świadczenie usług medycznych dla uczestników projektu „DDOM EMC w Kowarach” - dzienne opieka medyczna dla osób powyżej 65 roku życia, wymagających wsparcia w zakresie codziennej rehabilitacji, usprawniania psycho-motorycznego, realizowanego w Kowarach, ul. Sanatoryjna 15, 58-530 Kowary i wyłonienie dostawcy, z którym zostanie podpisana umowa w zakresie przedmiotowych usług, szczegółowo określonym poniżej.

**Przedmiot zamówienia**:

Wykonanie usług medycznych dla uczestników projektu „projektu „DDOM EMC w Kowarach” - dzienne opieka medyczna dla osób powyżej 65 roku życia, wymagających wsparcia w zakresie codziennej rehabilitacji, usprawniania psycho-motorycznego, realizowanego w Kowarach, ul. Sanatoryjna 15, 58-530 Kowary i wyłonienie dostawcy, z którym zostanie podpisana umowa w zakresie przedmiotowych usług, szczegółowo określonym poniżej.

 (dalej Projekt) realizowanego **w Kowarach, ul. Sanatoryjna 15, 58- 530 Kowary,** według poniższych założeń merytorycznych.

* Wykonawca posiada dokument potwierdzający posiadane kwalifikacje w określonej dziedzinie
* Wykonawca posiada czynny NPWZ – jeżeli dotyczy
* Świadczenie usług medycznych realizowane ze wskazań medycznych dla uczestników Projektu będą realizowane w siedzibie Zamawiającego (ul. Sanatoryjna 15, 58-530 Kowary)
w pomieszczeniach i na sprzęcie dostarczonym przez Zamawiającego.
* Zakres usług medycznych objętych zamówieniem:
	1. Świadczenie usług medycznych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (specjalizacja II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub medycyny ogólnej)
	2. Świadczenie usług medycznych przez osobę posiadającą uprawnienia logopedy
* Oczekiwana realizacja świadczenia usług medycznych – średnio 20 - 40 godzin w miesiącu.
* Oferta może dotyczyć wykonania wszystkich konsultacji (zakres 1-2) lub tylko wybranych rodzajowo.
1. **Oferta asortymentowo - cenowa:**

**W przypadku złożenia oferty wyłącznie na wybrane rodzaje konsultacji proszę przekreślić pola, które nie dotyczą Oferenta.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres** | **Nazwa konsultacji** | **Cena netto/godz.** | **Cena brutto/godz.** | **Stawka VAT/ Wartość VAT (o ile dotyczy)** |
| 1 | Świadczenie usług medycznych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (specjalizacja II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub medycyny ogólnej) |  |  |  |
| 2 | Świadczenie usług medycznych przez osobę posiadającą uprawnienia logopedy |  |  |  |

Podana cena brutto zawiera wszystkie składniki kosztu.

1. **Termin ważności oferty:** *(minimum 30 dni)* …………………………………………………..
2. **Termin płatności:** *(30 dni) ………………………………..*
3. **Termin realizacji umowy: (***20.01.2020 – 30.06.2021)……………………………….*
4. **Dane osoby upoważnionej do współpracy z Grupą EMC w zakresie opracowania i negocjacji złożonej oferty:**
* Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………….
* Stanowisko: …………………………………………………………………………………...
* Nr tel. stacjonarnego i komórkowego: ………………………………………………………..
* Adres e-mail: ………………………………………………………………………………….
1. **Działając w imieniu i na rzecz Oferenta, oświadczam, że:**
* Oferent znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
* Oferent posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a w przypadku osoby prawnej także pracowników zdolnych do wykonania zamówienia.
* Oferent posiada uprawnienia do wykonania zamówienia określonego w Warunkach Postępowania.
* Oferent zobowiązuje się zawrzeć umowę z Organizatorem, której wzór z najważniejszymi założeniami stanowi Załącznik nr 2 do WUZ i nie ma do niej uwag. Oferta stanowić będzie załącznik do Umowy.
* Oferent akceptuje warunki zawarte w WUZ.

Data i podpis osoby upoważnionej/ Oferenta

………….…………………………………………………….

**Załącznik nr 1 ARKUSZA OFERTOWEGO do WUZ z dnia 03.01.2020 r.**

Dot. Warunki udzielenia zamówienia (WUZ) o wartości szacunkowej przekraczającej 20 tys. PLN netto i nie przekraczającej 50 tys. PLN netto, (tryb: ROZEZNANIE RYNKU)

dotyczące

**WYŁONIENIA WYKONAWCY NA ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH
 DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU**

**Dzienny Dom Opieki Medycznej EMC w Kowarach**

**CPV** [**85121200-5**](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/specjalistyczne-uslugi-medyczne-8993) **Specjalistyczne usługi medyczne**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

Oświadczam, że Oferent nie jest powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z 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, o ile niższy próg nie wynika

z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,

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.

Data i podpis osoby upoważnionej/ Oferenta

…………………………………………………………………….