**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

Nazwa / imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:.............................................................................

Adres siedziby / adres zamieszkania\*........................................................................................................

tel.\*.............................................................................................................................................................

PESEL\*.......................................................................................................................................................

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....................................................................

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert pn.: **Udzielenie przez terapeutę zajęciowego świadczeń zdrowotnych na potrzeby Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. M. Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie**

**CZĘŚĆ 1**

oferuję realizację ww. przedmiotu zamówienia:

1. **Kryterium cena brutto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Liczba godzin przez cały okres trwania umowy | Stawka godzinowa brutto\* | Wartość brutto |
| A | B | C | D=B x C |
| Udzielenie przez terapeutę zajęciowego świadczeń zdrowotnychw Oddziale Psychiatrii Sądowej | 1 880 |  |  |

Słownie wartość brutto wynosi…………………………………………………………………………

Osoba realizująca **usługę terapeuty zajęciowego**  ………………………………………………

 *(imię i nazwisko)*

……………………………………tel. kontaktowy.................mail:.....................................

*Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą / nie prowadzę działalności gospodarczej*\*

*\*W przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, podana cena brutto jest ceną całkowitą i ostateczną, uwzględniające wszystkie należne składki i inne należności budżetowe, które mogą wyniknąć z realizacji umowy bez względu na to, na której stronie ciąży obowiązek ich odprowadzenia. Cena brutto zawiera wszystkie obciążenia publicznoprawne, w szczególności składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, ciążące na pracodawcy i pracowniku oraz zaliczki na podatek jeżeli dotyczy i ewentualnie inne obciążenia przewidziane w odrębnych przepisach.*

Minimalna liczba osób wykonujących poszczególne świadczenia medyczne wynosi………………….

1. **Kryterium jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

* **Deklaruję** doświadczenie w pracy w zawodzie terapeuty zajęciowego powyżej 2 lat pracy
* **Deklaruję** doświadczenie w pracy w zawodzie terapeuty zajęciowego od 1 do 2 lat
1. **Kryterium kompleksowość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **bez udziału podwykonawców**
* Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych **z udziałem podwykonawców**
1. **Kryterium dostępność świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Deklaruję realizację usługi według harmonogramu od poniedziałku do soboty w godzinach od 7.00 do 19.00 w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę komórki organizacyjnej, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie
* Deklaruję deklarujący realizację usługi według harmonogramu od poniedziałku do soboty w godzinach od 7.00 do 19.00 w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę komórki organizacyjnej oraz dodatkowo na wezwanie Udzielającego zamówienie
1. **Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* Deklaruję realizację usługi według harmonogramu od poniedziałku do soboty w godzinach od 7.00 do 19.00 w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę komórki organizacyjnej, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie
* Deklaruję realizację usługi według harmonogramu od poniedziałku do soboty w godzinach od 7.00 do 19.00 w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę komórki organizacyjnej oraz dodatkowo na wezwanie Udzielającego zamówienie

1. Termin wykonania – usługi będą świadczone **przez okres 12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Oświadczam, że:
3. akceptuję w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em
się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2;
4. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

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

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

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

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

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

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)