**Załącznik nr 1**

……………………….…………………………….

Miejscowość, data

…………………………………………….

pieczęć firmowa Wykonawcy

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie**

**w Gdańsku**

**ul. Konrada Leczkowa 1A**

**80-432 Gdańsk**

**FORMULARZ OFERTOWY - CZĘŚĆ PIERWSZA ZAMÓWIENIA**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………………..……….……

Adres: ………………………………………………………………………………………….…………………….……………….………………..

KRS/ CEIDG: ……………………..……….… NIP/PESEL …………………….…….…..……… REGON: ...……..………………..…

Reprezentowany/a przez: ……………………………………………………………………………………………………………………  
Dane kontaktowe w sprawie oferty:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………… Tel: ………………………………………...……………..

E-mail: …………………………………………………………………..…...

1. **Koszt świadczenia usługi**
2. Odpowiadając na zapytanie ofertowe w zakresie **prowadzenia Punktu Usług Zdrowotnych dla dorosłych osób z autyzmem w ramach projektu „OzA - Testowanie gdańskiego modelu wsparcia dorosłych Osób z Autyzmem”** składam ofertę na wykonanie części pierwszej przedmiotu zamówienia (wizyty w gabinetach lekarzy specjalistów z zakresu: ginekologii, endokrynologii, neurologii, psychiatrii, ortopedii, medycyny rodzinnej i dietetyka; wizyty domowe lekarzy specjalistów z zakresu: psychiatrii i medycyny rodzinnej) zgodnie z wymogami zawartymi  
   w zapytaniu, za cenę brutto ……………..…….……… zł, (słownie: …………………………………………….…….……… …………………………..………….………………złotych ………./100)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Łączny koszt usługi**  **(560 wizyt), w tym:** | ……………………………………………………………. zł brutto | |
| **Łączny koszt**  **wizyt w gabinetach** | **Średni koszt 1 wizyty w gabinecie**  ………………………… x 528 (ilość wizyt) | ……………….……….. zł brutto |
| **Łączny koszt**  **wizyt domowych** | **Średni koszt 1 wizyty w domowej**  ………………………… x 32 (ilość wizyt) | ……………….……….. zł brutto |

1. Oświadczam, że wskazana w pkt 1 całkowita cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty, z uwzględnieniem własnych materiałów potrzebnych do jej wykonania.
2. **Czas oczekiwania na wizytę u specjalistów, za wyjątkiem lekarza medycyny rodzinnej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość dni** | **Dostępność\*** |
| do 5 dni roboczych | 🞏 |
| 6-10 dni roboczych | 🞏 |
| 11-14 dni roboczych | 🞏 |
| pow. 14 dni roboczych | 🞏 |

*\*należy zaznaczyć jedną ze wskazanych opcji*

1. **Dostępność form rejestracji pacjenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma rejestracji** | **Dostępność\*** |
| rejestracja stacjonarna w placówce | 🞏 |
| rejestracja telefoniczna lub infolinia | 🞏 |
| rejestracja online | 🞏 |

*\*należy zaznaczyć właściwe*

1. **Wykaz dostępnych specjalistów**

Dane osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji usługi wraz z informacją o kwalifikacjach zawodowych, uprawnieniach, doświadczeniu i wykształceniu niezbędnym do realizacji usługi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię, nazwisko** | **Specjalizacja** | **Kwalifikacje (w tym potwierdzające prawo wykonywania zawodu tj. dyplom, tytuł naukowy, specjalizacja, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje)** | **Doświadczenie zawodowe**  **(nazwa, od – do, m-c/rok)** | **Doświadczenie w pracy**  **z osobami z autyzmem i osobami z niepełnosprawnością intelektualną\*** | **Deklaracja uczestnictwa w 6-godzinnym szkoleniu z zakresu świadczenia usług dla osób z autyzmem\*** |
|  | Ginekolog |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Endokrynolog |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Neurolog |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Psychiatra  (wizyty  w gabinecie) |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Psychiatra (wizyty  domowe) |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Ortopeda |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Lekarz rodzinny (wizyty  w gabinecie) |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Lekarz rodzinny (wizyty  domowe) |  |  | tak/nie | tak/nie |
|  | Dietetyk |  |  | tak/nie | tak/nie |

*\* niepotrzebne skreślić*

1. **Oświadczenia** 
   1. Oświadczam, że jestem uprawniona/y do wykonywania wymaganej przedmiotem zamówienia działalności, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję potencjałem technicznym, osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia oraz znajduję się w sytuacji finansowej  
      i ekonomicznej zapewniającej wykonanie zamówienia.
   2. Oświadczam, że osoby, które będą realizowały przedmiot zamówienia spełniają kryteria określone w punkcie IV zapytania ofertowego i że jestem w stanie udokumentować powyższe fakty przed podpisaniem Umowy na prowadzenie Punktu Usług Zdrowotnych z Zamawiającym.
   3. Oświadczam, że zaangażowani do realizacji przedmiotu zamówienia specjaliści posiadają doświadczenie w pracy z osobami z autyzmem i osobami z niepełnoprawnością intelektualną i/lub deklarują chęć uczestnictwa w 6-godzinnym szkoleniu z zakresu świadczenia usług dla osób  
      z autyzmem, sfinansowanym przez Zamawiającego.
   4. Deklaruję stworzenie lekarzom możliwość wymiany doświadczeń i opinii w ramach konsyliów - studium przypadku. Konsylia lekarskie w zależności od złożoności danego przypadku, będą odbywać się w obrębie PUZ lub zdalnie poprzez wymianę informacji telefonicznie lub za pośrednictwem komunikatora umożliwiającego wymianę informacji on-line.
   5. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu.
   6. Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę  
      do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłam/em konieczne informacje do przygotowania oferty.
   7. Deklaruję realizację usługi we wskazanym w zapytaniu ofertowym terminie: od dnia podpisania umowy do 31.03.2022 r. z zastrzeżeniem wydłużenia terminu realizacji przedmiotu zamówienia  
      w sytuacji przedłużenia okresu realizacji projektu.
   8. Oświadczam, że usługa będzie realizowana pod adresem …………………………………….……………………….. z wyjątkiem potrzeby wykonania niezbędnych badań lub konsultacji wynikających ze specyfiki schorzenia pacjenta.
   9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na płatność przelewem w terminie 21 dni od momentu wystawienia faktury/ rachunku za właściwie wykonaną usługę (dopuszczalne są rachunki lub faktury częściowe, np. wystawiane w systemie miesięcznych rozliczeń wykonanej usługi).
   10. Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty wynagrodzenie za świadczenie usług należy przekazać na rachunek bankowy nr…………………………………….………………………………………………………… w banku………………………………………………………………..……….
   11. Oświadczam, że usługi zaoferowane w odpowiedzi na zapytanie ofertowe spełniają wszystkie wymagania przedstawione w zapytaniu ofertowym.
   12. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania Umowy na prowadzenie Punktu Usług Zdrowotnych w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
   13. Oświadczam, że podane w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą.
   14. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję wzór umowy na prowadzenie Punktu Usług Zdrowotnych.
   15. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą Ochrony danych zawartą  
       w zapytaniu.
   16. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.  
       w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
   17. Niniejszą ofertę składam na …………… kolejno ponumerowanych stronach.
   18. Oświadczam, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
   19. Oświadczam, że nie jestem powiązany z 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 osobowo lub kapitałowo w szczególności poprzez:
2. uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
3. posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
4. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
   1. pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa  
      w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub  
      w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

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

Miejscowość, data Pieczątka, czytelny podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

Załączniki:

1. Aktualny dokument potwierdzający status prawny Wykonawcy i umocowanie osób go reprezentujących - o ile nie jest on dostępny w internetowych wyszukiwarkach podmiotów Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz ofertowy musi być podpisany przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.