Załącznik nr 1

Formularz ofertowy
nr sprawy DZP/BZU/425/2019

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro netto na **świadczenie usług psychologicznych dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

1. Nazwa i adres Zamawiającego
Szpital Powiatowy w Zawierciu
42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14
tel. 32 67 40 364
Godziny urzędowania: od 07:25 do 15:00
REGON 276271110, NIP 649-19-18-293
www.szpitalzawiercie.pl
e-mail: organizacyjny@szpitalzawiercie.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia:

a) Przedmiotem zawartej umowy będzie świadczenie przez Wykonawcę na zlecenie Zamawiającego usług psychologicznych przez okres 12 miesięcy Termin wykonania zamówienia – 01.10.2019 r. – 30.09.2020r., polegających w szczególności na:

1) świadczeniu na konkretnie wskazanych oddziałach i w poradniach Zamawiającego usług polegających na zapewnieniu opieki psychologicznej dla pacjentów Zamawiającego w wymiarze 270 godzin w ciągu miesiąca;
2) udzielaniu konsultacji psychologicznych dla pacjentów hospitalizowanych na innych niż wskazane w pkt 1) oddziałach Zamawiającego w szacunkowym wymiarze 35 godzin w ciągu miesiąca.

3. Nazwa i adres Wykonawcy
Nazwa .....
Adres .....
NIP ..... REGON.....
Tel .....
e-mail: .....
.....

4. Wykonawca składając niniejszą ofertę zobowiązuje się do:

A. zrealizowania całego zamówienia (w okresie 12 miesięcy) za wynagrodzeniem w wysokości:
netto .....zł
Podatek VAT .....zł
brutto .....zł
Słownie brutto .....zł

Powyżej określone wynagrodzenie wynika z poniższej kalkulacji:

Rodzaj świadczenia	*Oferowane wynagrodzenie brutto za jedną godzinę świadczenia w zł*	*Przewidywana liczba godzin usług w skali 12 miesięcy **	*Łącznie*
Usługa psychologiczna		3240	
Konsultacja psychologiczna		420	
		Razem	

* Podana ilość świadczeń w skali 12 miesięcy jest szacunkowa, jeżeli faktyczna ilość świadczonych usług będzie inna wynagrodzenie za świadczone usługi będzie należne według stawek określonych powyżej, a Wykonawcy nie służą z tego tytułu żadne roszczenia .

Nazwa banku i nr rachunku bankowego, na który będą dokonane płatności wynagrodzenia za świadczone usługi .....

B. zapewnienia świadczenia zleconych usług przez następujący personel posiadający należyte kwalifikacje (psychologów) w ilości wystarczającej do należytego zrealizowania całego zamówienia. Na dzień złożenia oferty Wykonawca zapewnia do realizacji zamówienia następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe

C. Świadczenia usług określonych w pkt 2 ppkt 1) w następujących dniach i godzinach - proponowany harmonogram pracy

Dzień	Godziny
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	

5. Wykonawca oświadcza, że:

a) podane w ofercie wynagrodzenie zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia przez cały okres realizacji umowy;

b) akceptuje termin zapłaty wynagrodzenia – 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;

c) jest związany niniejszą ofertą przez 30 dni od terminu składania ofert;

d) osobą odpowiedzialną za realizację zamówienia ze strony Wykonawcy będzie:

Imię i nazwisko .....

Telefon kontaktowy .....

e-mail .....

e) zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

f) spełnia warunki dotyczące posiadania uprawnień do świadczenia usług, będących przedmiotem zamówienia, niezbędnej wiedzy i doświadczenia oraz dysponuje odpowiednim personelem zdolnymi do wykonania zamówienia.

g) wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o zamówienie w niniejszym postępowaniu.

Załącznikami do formularza ofertowego stanowiącymi integralną część oferty są:

1. wzór umowy - zaparafowany przez Wykonawcę
2. kserokopię dyplomu uzyskania tytułu magistra psychologii lub tytułu specjalisty w dziedzinie psychologii

klinicznej z uprawnieniami do wykonywania świadczeń stanowiących przedmiot zamówienia;
3. oświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego.

.....

podpisy osób uprawnionych
do reprezentacji Wykonawcy