Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**

**nr sprawy DZP/BZU/426/2019**

**Dotyczy**: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro netto na **świadczenie usług logopedycznych 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:

Przedmiotem zawartej umowy będzie świadczenie przez Wykonawcę na zlecenie Zamawiającego usług logopedycznych przez okres 12 miesięcy, termin wykonania zamówienia – 01.10.2019 r. – 30.09.2020r., polegających w szczególności na świadczeniu na konkretnie wskazanych oddziałach Zamawiającego usług polegających na zapewnieniu opieki logopedycznej dla pacjentów Zamawiającego w wymiarze 268 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 logopedyczna |  | 3216 |  |
| 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 (logopedów) 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 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 specjalisty w dziedzinie neurologopedii, lub rozpoczęcie po dniu 30 września 2012 r. i ukończenie studiów wyższych w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskanie tytułu licencjata lub magistra, lub ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub rozpoczęcie po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończenie studiów wyższych na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskanie tytułu licencjata lub magistra, lub rozpoczęcie po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub rozpoczęcie po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii 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