|  |  |
| --- | --- |
| *zał. nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**Sekcja do Spraw Programów Zdrowotnych i Promocji Zdrowia**Ul. Podróżnicza 26/28, Wrocław** | **tel.71/335- 29-65****fax 71 / 335-29-68** |

FORMULARZ OFERTOWY

|  |
| --- |
| Nr oferty .................................... (nadaje WCZ SPZOZ) |

1. Informacje o Oferencie
2. **Pełna nazwa składającego ofertę: ……………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………….**

1. **Dokładny adres:**

**…………………………………………………………………………………………………**

Miejscowość kod pocztowy U*lica i numer lokalu*

 *…………………………………………………………………………………………………………………………*

 *telefon fax e-mail*

1. **Nr wpisu do właściwego rejestru: …………………………………………….....................**
2. **Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta:**

 **…………………………………………………………………………………………………**

1. **NIP**: .................................................................
2. **Regon**: ..................................................................
3. **Nazwa banku Oferenta**:

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

1. **Nr konta**: ................................................................................................................................

***Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu. W załączeniu przekazuję uwierzytelnione kopie dokumentów (wpisu do właściwego rejestru, NIP, Regon oraz polisę ubezpieczenia OC)***

data: .......................... podpis osoby uprawnionej

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

1. **Opis oferty**

**1/ Nazwa zadania ……………………………………………………………………………...**

**2/ Dane o osobie odpowiedzialnej za realizację zadania**

 **Imię i nazwisko …………………………………………...**

 **Stanowisko ………………………………………………..**

 **Telefon ……………………………………………………**

**3/ Dotychczasowe doświadczenie w realizacji zadań w zakresie prowadzenia programów korekcyjno-edukacyjnych indywidualnych/grupowych dla sprawców przemocy.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**4/ Miejsce realizacji zadania …………………………………………………………...………………………………….**

**5/ Termin realizacji zadania od……………………. do …………………..**

**6/ Formy, metody stosowane w pracy z pacjentami ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**7/ Adresaci ………………………………………………………………………………………..**

**8/ Inne informacje i uwagi mogące mieć znaczenie przy wyborze oferty ...…..**

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

**III/ Wykaz wybranych do realizacji form i koszty osobowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zadanie****do realizacji** | **Koszt jednostkowy****godziny (brutto)** | **Liczba****godzin**  | ***Koszt ogólny*****(brutto)** | **Inne źródła finansowania (również wkład własny)** | **Oczekiwana kwota dofinansowania)** | **Uwagi** |
| 1. | Program korekcyjno-edukacyjny indywidualny/grupowy |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |

 **Koszt programu ogółem ……………………………………………….**

Data…………………………… Podpis i pieczątka oferenta…………………………………….

# Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.

Dane oferenta lub pieczęć firmowa

………………………………….

………………………………….

………………………………….

# Oświadczenie

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu oraz akceptuję zapisy projektu umowy stanowiącej załącznik Nr 1 do warunków szczegółowych.
2. Oferent wykonujący świadczenia objęte ofertą posiada właściwie udokumentowane uprawnienia i kwalifikacje.
3. Zadanie będzie realizowane zgodnie z wymaganiami zawartymi w Szczegółowych Warunkach.
4. Dane zawarte w Formularzu Ofertowym są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Samodzielnie rozliczam/ nie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUSem (podkreśl właściwe)
6. Posiadam pisemną zgodę Kierownika placówki w której ma być realizowane zadanie i wykorzystanie w tym celu bazy lokalowej niezbędnej do wykonywania zadania

data: ..................... podpis osoby uprawnionej ............................................