Załącznik nr 1 do

**ZNAK SPRAWY:** PLU.082.1.2019.9.MGE

**OFERTA**

**na wykonywanie usług superwizji dla pracowników jednostki Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Ostrowskiego 13 c   
- o nazwie Centrum Zdrowia Psychicznego +  
(w ramach projektu pn. „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia   
osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II” ).**

**1. Pełna nazwa Oferenta :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

prowadzący działalność gospodarczą □ nie prowadzący działalności gospodarczej

( we właściwym okienku wpisać znak X )

**2. Numer wykonywania zawodu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**3. Regon – jeśli oferent posiada:** ...........................................................**…………………………………………**

**4. NIP – jeśli oferent posiada:**: …………………...........................................**…………………………………………**

**5. Bank**:…………………………………………………………………… ...........................................**………………………**

**6. Nr rachunku bankowego**: ……………………………………………………………………

**7. Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8. Dane kontaktowe:**

**a) Adres do korespondencji:**………………………………………………………………………

**b) Telefon**: ……………………

**c)** **Fax**: ……..…………………

**d) adres e-mail do kontaktów:**……………..………….…………..

**9. PESEL** ………………………........

**10. Kwalifikacje zawodowe** :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**11. Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe**:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**12. Oferowana dostępność do świadczeń realizowanych w ramach umowy o dofinansowanie zawartej przez Udzielającego zamówienie z Instytucją Zarządzającą: Ministerstwem Inwestycji i Rozwoju:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Poniedziałek | Godz. tyg. | Wtorek | Godz.  tyg. | Środa | Godz.  tyg. | Czwartek | Godz.  tyg. | Piątek | Godz.  tyg. | Razem godzin w tygodniu |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**13.** Oferuję udzielanie świadczeń osobom uprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w ramach i na zasadach umowy o dofinansowanie zawartej przez Udzielającego zamówienie z Instytucją Zarządzającą: Ministerstwem Inwestycji i Rozwoju. Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia za jedną godzinę w kwocie ............................................ zł brutto.

(słownie ………………………………………………………………...............................................................zł brutto).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa | j.m.  (godzina) | Cena jednostkowa (zł) netto/godzinę | Cena jednostkowa (zł) brutto/godzinę | Łączna liczba  godzin | Wartość łączna (zł) netto  (4x6) | VAT % | VAT kwota  (zł) | Wartość łączna (zł) brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Świadczenie usług superwizji |  |  |  | 330 godz. |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  |

**14.** Ponadto oświadczam, iż:

a) zapoznałem/am się z zapytaniem ofertowym;

b) akceptuję termin i warunki realizacji usługi;

c) podana w ofercie stawka podatku od towarów i usług VAT jest zgodna z przepisami Ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54 poz. 353 z 2004r.);

d) jestem / nie jestem\* płatnikiem podatku VAT. (\* niepotrzebne skreślić);

e) w przypadku zawarcia umowy cywilnoprawnej podana cena jednostkowa brutto zawiera pozapłacowe koszty pracy obciążające Zamawiającego tj. składki na fundusz społeczny, fundusz pracy i fundusz gwarantowanych świadczeń pracowniczych płacone przez płatnika składek.

f) jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.

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

/miejscowość, data/ /podpis Oferenta/

Oświadczam, że dysponuje niezbędna wiedzą i doświadczeniem potrzebnym do wykonania zamówienia

………………..………………………

/podpis Oferenta/

**14**. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

…………………………………………………………

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli