Załącznik nr 1 do

Zapytania ofertowego nr PLU.082.1.2019.6.MGE

**OFERTA**

**na wykonywanie świadczeń usług doradztwa prawnego w Ośrodku Koordynacji jednostki Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ przy ul. Ostrowskiego 13 c o nazwie Centrum Zdrowia Psychicznego + na rzecz pacjentów Wrocławskiego Centrum Zdrowia**

**SP ZOZ we Wrocławiu**

**1. Pełna nazwa Oferenta :**

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

prowadzący działalność gospodarczą □ nie prowadzący działalności gospodarczej

( we właściwym okienku wpisać znak X )

**2. Numer wpisu na listę radców prawnych: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**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:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2019 rok**  (proszę o wskazanie dostępności w poszczególnych miesiącach  w godzinach 13 - 20) | | | | | |
|  | I tydzień miesiąca | | | III tydzień miesiąca | | |
|  | Dostępność godzin | data | w godzinach |  | data | w godzinach |
| kwiecień | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| maj | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| czerwiec | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| lipiec | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| sierpień | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| wrzesień | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| październik | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| listopad | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
| grudzień | 3 godziny |  |  | 4 godziny |  |  |
|  | **Lata 2020 - 2021**  (proszę o wskazanie dostępności w poszczególnych miesiącach  w godzinach 13 - 20) | | | | | |
|  | I tydzień miesiąca | | | III tydzień miesiąca | | |
|  | Dostępność godzin | data | w godzinach |  | data | w godzinach |
| luty | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| marzec | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| kwiecień | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| maj | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| czerwiec | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| lipiec | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| sierpień | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| wrzesień | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| październik | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| listopad | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |
| grudzień | 5 godzin |  |  | 4 godziny |  |  |

**13.** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych 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. | Konsultacje prawne |  |  |  | 300 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/

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

…………………………………………………………

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli