Zał. nr 1 do zapytania ofertowego 21/ZO/ZP/2024

**Formularz ofertowy**

|  |
| --- |
| I DANE WYKONAWCY |
| Nazwa praktyki /Imię i nazwisko  …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Adres ……………………………………………..............................…………………………………………………………  Kontakt (nr.tel., e-mail)………………………………………………………………………… |
| II. OŚWIADCZENIE  Oświadczam, że: 1. zapoznałam/em się z treścią zapytania ofertowego na świadczenie usług związanych z obsługą rejestracji w poradniach Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. przy ul. Koszykowej 79 B , 02-08 Warszawa.  2. zapoznałam/em się z projektem Umowy, zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,  3. zobowiązuję się wykonać zamówienie na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym; 4. w przypadku udzielenia zamówienia zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy zgodnej z niniejszą ofertą, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 5. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia ; 6. akceptuję przedstawione przez Zamawiającego warunki płatności; 7. zamówienie zrealizuję w terminie wskazanym przez Zamawiającego; 8. UWAŻAM SIĘ za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w Zaproszeniu, tj. przez okres 30 dni; 9. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie okoliczności wskazanych w art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego; 10. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art.14 RODO wobec osób fizycznych od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskane w celu przedstawienia niniejszej oferty\* *(jeżeli dotyczy)* ; 11. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej przetwarzaniu danych osobowych.  Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o przysługujących mi prawach wynikających z art. 13 ust. 4 RODO we związku z pozyskaniem, przetwarzaniem i przechowywaniem przez Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu moich danych osobowych**.**    ....................................  (czytelny podpis Wykonawcy) |

|  |
| --- |
|  |
| **II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA**    **1**. **Oferuję wykonywanie –**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  *(proszę określić rodzaj usług)*  w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(miejsce udzielania usług)*    w czasie: od …………………………………… do ………………………………………………  ilość godz./ m-c……………………………………………………..  wynagrodzenie za 1 godz....……………………………………………………..zł. brutto.  Słownie:………………………………………………………………………………………..…………………………………..zł. brutto.  \*Wartość zamówienia ( wynagr. za 1 godz. x ilość godz./ m-c x ilość m-cy)= …………..……………………………..zł. brutto.  Słownie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………..……………………………………………..……………zł. brutto    .....................................................................  ( czytelny podpis/podpis Wykonawcy)  **Do wyliczenia wartości zamówienia przyjęto ilości szacunkowe, które mogą ulec zmianie i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń.** |