**Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia konkursu na**

**„Wykonanie szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców miasta Białegostoku powyżej 60 roku życia w 2019 roku”**

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

 **/nazwa i adres oferenta/ Białystok, data**

 OFERTA

 Do Prezydenta Miasta Białegostoku

 ul. Słonimska 1

 15-950 Białystok

Odpowiadając na konkurs ofert na „Wykonanie szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców miasta Białegostoku powyżej 60 roku życia w 2019 roku" (urodzonych
w roku 1959 i wcześniej) oświadczamy, że zapoznaliśmy się treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert i projektem umowy i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki zawarte w wyżej wymienionych dokumentach.

1. Dane oferenta :

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego …………………………………………………

…………………………………………………………..………………………………….
NIP ……………………………………….REGON ………………………………………

Numer wpisu do:

- Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ……………………………..

- Krajowego Rejestru Sądowego ……………………………………………………….....

Imię i nazwisko osoby do kontaktu\* …………………… nr telefonu/ faksu/ \* ……………………………………………………………………………

- e- mail\* ….

- rodzaj dokumentu, na podstawie, którego nastąpi płatność za wykonanie szczepień (np. rachunek, faktura) …………………………………………………………………….

2. Oferujemy wykonanie usług będących przedmiotem zamówienia za następującą cenę:

 cena jednostkowa zł, słownie …………………

 ilość przebadanych osób …………………

 wartość zamówienia …………………

 (słownie ………………..)

W załączeniu kalkulacja szczegółowa ceny jednostkowej i wartości brutto (wg załącznika nr 3 do ogłoszenia o konkursie ofert)

1. Przedmiot zamówienia zrealizujemy od dnia do dnia
sukcesywnie, w przychodni przy ul ……………….
w dniach i godzinach:

poniedziałek - od godz. ……………… do godz.

wtorek - od godz. ……………… do godz. ……………….

środa - od godz. ………………. do godz. . ………………

czwartek - od godz. ………………. do godz.

Piątek - od godz. ………………. do godz.

Sobota - od godz. ………………..do godz.
Rejestracja pacjentów odbywać się będzie pod numerem telefonu ……………...................

4. Przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać sami.

1. Posiadamy następujące warunki lokalowe do realizacji zamówienia: ………………….. …………………………………………………………………………………………………
2. Posiadamy następującą kadrę do realizacji zadania ( wskazana liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych) …………………………………………………………………………………………
3. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy
w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że :
* jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi, posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonania prac lub czynności związanych z prowadzeniem programu szczepień ochronnych przeciwko grypie, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
* dysponujemy niezbędną wiedzę i doświadczeniem, a także potencjałem technicznym
i ekonomicznym, a także pracownikami zdolnymi do wykonywania zamówienia tzn. posiadamy kadrę fachową w postaci lekarzy i pielęgniarek z ukończonym kursem szczepień, dysponujemy gabinetem zabiegowym spełniającym wymogi sanitarne,
* znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej realizację zamówienia.
1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 2016, 119, str. 1, sprost. Dz. Urz. UE. L 2018, 127, str. 2), zwanego w skrócie „RODO”, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*\*\*

10. Oferta została złożona na stronach (kartkach)\*\* podpisanych
i kolejno ponumerowanych od nr. …… do nr. ……

11.Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty: \*\*\*

1/

2

3/

4/

5/

6/

 ……………..…………………………

/data, podpis i pieczęć osób upoważnionych/

UWAGA:

*\* Podanie danych nie jest obowiązkowe, lecz konieczne w celach kontaktowych.*

*\*\* Niepotrzebne skreślić.*

*\*\*\* Jeżeli dołączane są odpisy dokumentów lub ich kopie, to muszą być one poświadczone za zgodność z oryginałem przez wykonawcę.*

*\*\*\*\*W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*