Załącznik Nr 1 do zaproszenia

……………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

**OFERTA – WZÓR**

**Powiat Stargardzki**

**ul. Skarbowa 1**

**73-110 Stargard**

**OFERENT:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA FIRMY AUDYTORSKIEJ**  **(pełna i skrócona nazwa)** |  |
| **forma organizacyjno – prawna** |  |
| **nazwiska i imiona lub nazwy właścicieli, wspólników** |  |
| **numer wpisu na liście firm audytorskich** |  |
| **adres firmy audytorskiej wraz ze wskazaniem adresu do korespondencji** |  |
| **numer NIP i REGON:** |  |
| **imię i nazwisko kluczowego biegłego rewidenta** |  |
| **wykaz osób, które będą realizowały usługę** |  |
| **numer telefonu i faksu:** |  |
| **adres e-mail:** |  |
| **nazwa banku i numer rachunku bankowego** |  |

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty TZ.8023.5.1.2023.GJ1 (dotyczącego zamówienia o wartości poniżej kwoty 130 000 złotych) na:

|  |
| --- |
| **Badanie rocznego sprawozdania finansowego SPWZOZ w Stargardzie**  **za rok 2023 i 2024.** |

oferujemy realizację zamówienia określonego w zaproszeniu – w pełni z nią zgodnego.

1. Cena niniejszej oferty wynosi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Badanie sprawozdania za rok:** | **Oferowana cena** | | |
| **Netto** | **Podatek Vat** | **Brutto** |
| **1.** | **2023** |  |  |  |
| **2.** | **2024** |  |  |  |
|  | **Razem** | **------------------------** | **------------------------** |  |

1. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia określonymi w zaproszeniu do złożenia oferty i przyjmujemy je bez zastrzeżeń, w tym oświadczamy, że warunki umowy stanowiące załącznik nr 2 do zaproszenia wraz z wytycznymi zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
2. Oświadczamy, że spełniamy wymogi niezależności, o których mowa w art. 69-73 ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich i nadzorze publicznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1015).
3. Oświadczamy, że posiadamy doświadczenie i kwalifikacje gwarantujące należyte wykonanie przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczamy, że wdrożyliśmy i stosujemy przy przetwarzaniu danych osobowych odpowiednie środki techniczne i organizacyjne zapewniające adekwatny stopień bezpieczeństwa, uwzględniający charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania oraz ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie i wadze zagrożenia.

**Wykaz przeprowadzonych badań sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych w okresie od 2017 r. do 2022 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rok objęty badaniem sprawozdania finansowego** | **Data wykonania badania sprawozdania finansowego** | **Nazwa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego w tym numer właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej** | | **Adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego** | **Suma bilansowa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego** |
| **1.** |  |  | |  |  |  |
| **2.** |  |  | |  |  |  |
| **3.** |  |  | |  |  |  |
| **4.** |  |  | |  |  |  |

1. Oświadczamy, że kluczowy biegły rewident posiada co najmniej 5 letnie doświadczenie w badaniu sprawozdań finansowych jako biegły rewident.
2. Oświadczamy, że kluczowy biegły rewident posiada doświadczenie gwarantujące należyte wykonanie przedmiotu zamówienia.

**Wykaz przeprowadzonych badań sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych w okresie od 2017 r. do 2022 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rok objęty badaniem sprawozdania finansowego** | **Data wykonania badania sprawozdania finansowego** | **Nazwa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego w tym numer właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej** | | **Adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego** | **Suma bilansowa podmiotu leczniczego, w którym dokonano badania sprawozdania finansowego** |
| **1.** |  |  | |  |  |  |
| **2.** |  |  | |  |  |  |
| **3.** |  |  | |  |  |  |
| **4.** |  |  | |  |  |  |

1. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni, którego bieg rozpocznie się wraz z upływem terminu składania ofert.
2. Wykonawca oświadcza, że bez pisemnej zgody Zamawiającego nie powierzy podwykonawcom wykonania żadnej części niniejszego zamówienia.
3. Wykonawca oświadcza, że wszystkie osoby wykazane w ofercie będą brały bezpośredni udział w realizacji usługi w siedzibie Zamawiającego.

**Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Aktualne poświadczenie/zaświadczenie wydane przez Krajową Radę Biegłych Rewidentówo wpisie na listę firm audytorskich.
3. Aktualne poświadczenie/zaświadczenie wydane przez Krajową Radę Biegłych Rewidentów o wpisie kluczowego biegłego rewidenta do Rejestru biegłych rewidentów.
4. Oświadczenie o spełnieniu warunków określonych w art. 69-73ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1015).
5. Kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 7 listopada 2017 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej firmy audytorskiej (Dz. U. poz. 2074).
6. Kopia dowodu opłacenia składki z tytułu polisy, o której mowa w pkt 5.
7. Wzór umowy (Załącznik Nr 2 do Zaproszenia) wraz z akceptem jej warunków.

.............................. , dnia ........................

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

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)