Załącznik do zaproszenia

……………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

**OFERTA - WZÓR**

**Powiat Stargardzki**

**ul. Skarbowa 1**

**73-110 Stargard**

**OFERENT:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA FIRMY**  **(pełna i skrócona nazwa)** |  |
| **forma organizacyjno – prawna** |  |
| **nazwiska i imiona lub nazwy właścicieli, wspólników** |  |
| **adres firmy** |  |
| **numer NIP i REGON:** |  |
| **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 TA.8023…..2019.GJ2 (dotyczącego zamówienia o wartości nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro) na:

|  |
| --- |
| **Przeprowadzenie audytu oceniającego działalność Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie.** |

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

1. Cena niniejszej oferty wynosi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Oferowana cena** | | |
| **Netto** | **Podatek Vat** | **Brutto** |
| **1.** |  |  |  |

1. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia określonymi w zaproszeniu do złożenia oferty i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
2. Oświadczamy, że nie jesteśmy zależni od audytowanego podmiotu oraz w okresie 3 lat poprzedzających audyt nie dokonywaliśmy badania sprawozdania finansowego audytowanego podmiotu.
3. Oświadczamy, że posiadamy doświadczenie i kwalifikacje gwarantujące należyte wykonanie przedmiotu zamówienia.

Wykaz przeprowadzonych analiz, czynności eksperckich i audytorskich działalności podmiotów leczniczych oraz opracowanych programów naprawczych w okresie od 2015 r. do 2018 r.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa usługi** | **Data wykonania** | **Nazwa i adres podmiotu** | **Wysokość przychodu ogółem podmiotu leczniczego** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

1. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni, którego bieg rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
2. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania prosimy kierować na adres: ……………………………………………………………………………………………………….………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….
3. Oświadczamy, że bez pisemnej zgody Zamawiającego nie powierzymy podwykonawcom wykonania żadnej części niniejszego zamówienia.
4. Oświadczamy, że wszystkie osoby wykazane w ofercie będą brały bezpośredni udział w realizacji usługi.

**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.
2. Wykaz osób, które będą uczestniczyły w realizacji usługi.
3. Aktualna polisa, a w przypadku jej braku inny aktualny dokument potwierdzający, posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności *.*
4. Koncepcja przeprowadzenia audytu oceniającego działalność Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie zawierająca wskazanie obszarów podlegających analizie wraz z harmonogramem postępowania.

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

……..................................................................

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentowania oferenta)