**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 10/NPZ/2017**

Imię i nazwisko / nazwa firmy ………………..………………………………………………………………….

Adres / siedziba ……………………………..…………………………………………….………………………..….

Numer telefonu ……………………………………………………………..………………………...……………….

Adres e-mail ………………………………………………………………………………….……….……………….…

NIP ……………………………………..………… PESEL ……………………………………..……………………..

***FORMULARZ OFERTOWY***

**ZAMAWIAJĄCY:**

Nowa Rehabilitacja Sp. z o.o.

ul. Polarna 10

30-389 Kraków

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu o zachowanie zasady konkurencyjności, w trybie zapytania ofertowego w ramach zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) pod nazwą „*Edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego – organizacja szkoleń dla fizjoterapeutów w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania* *chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego”* finansowanego ze środków Ministerstwa Zdrowia w zakresie punktu 3.1 Celu operacyjnego 5: *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*”:

1. Oferuję wykonanie usług zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym **ZO** **10/NPZ/2017** w ramach (Proszę wskazać aktualną (e) formę (y) zatrudnienia oraz TYLKO jedną formę zatrudnienia, w ramach której będą wykonywane usługi w ramach Projektu zgodnie z zapytaniem ofertowym **ZO 10/NPZ/2017**):

**Oświadczam, że aktualnie** (w dniu składania oferty):

[ ] jestem zatrudniony /a/ na podstawie umowy o pracę a wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie (na rok 2017 - 2000 zł brutto)

[ ] jestem zatrudniony /a/ na podstawie umowy o pracę a wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie (na rok 2017 - 2000 zł brutto)

[ ] jestem zatrudniony /a/ na podstawie umowy zlecenie, od której są potrącane składki emerytalno-rentowe

[ ] jestem zatrudniony /a/ na podstawie umowy zlecenie, od której NIE są potrącane składki emerytalno-rentowe

[ ] jestem ubezpieczony z tytułu prowadzenia własnej działalności gospodarczej

[ ] jestem emerytem /nr świadczenia i kto wypłaca/……………………………………………….

[ ] jestem rencistą /nr świadczenia i kto wypłaca/ ..................................................

[ ] jestem osobą bezrobotną z prawem do zasiłku dla bezrobotnych

[ ] jestem osobą bezrobotną bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych

[ ] podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników

[ ] jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat

Nazwa uczelni ............................................, Wydział: ……………………………...........

**Oświadczam, że WYBIERAM następującą formę zatrudnienia, w ramach której będą wykonywane usługi w ramach Projektu zgodnie z zapytaniem ofertowym ZO 10/NPZ/2017**):

[ ] umowę o pracę

[ ] umowę zlecenia

[ ] pracę w ramach własnej działalności gospodarczej i wystawię

[ ] rachunek

[ ] fakturę VAT

Oświadczam, że jako Zleceniobiorca (dotyczy tylko umów zlecenia) z tytułu wykonywania tej umowy:

[ ] chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

[ ] nie chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Oświadczam, że jako Zleceniobiorca(dotyczy tylko umów zlecenia) z tytułu wykonywania tej umowy:

[ ] chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym

[ ] nie chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym

1. Oferuję cenę BRUTTO za godzinę wykładową (45 min) świadczonej/-ych usług wymienionych w 1 pkt. niniejszej oferty:

  **…………. zł ……….. gr (słownie: ………………………..……………………………..……………………..…złotych, ………/100.).**

1. Oświadczam, że od 01.01.2015 roku do chwili obecnej wykonałem (prowadziłem):

[ ] 1-9 godzin wykładowych zajęć dydaktycznych dla fizjoterapeutów

[ ] 10-29 godzin wykładowych zajęć dydaktycznych dla fizjoterapeutów

[ ] 30-49 godzin wykładowych zajęć dydaktycznych dla fizjoterapeutów

[ ] 50 lub więcej godzin wykładowych zajęć dydaktycznych dla fizjoterapeutów

1. Deklaruję możliwość wykonania usług wymienionych w 1. Pkt. niniejszej oferty w następujących godzinach:

[ ] pełna dyspozycyjność (godziny dowolne we wszystkie dni),

[ ] niepełna dyspozycyjność (tylko godziny od 8:00 do 15:00 w dni powszednie i weekendowe),

[ ] niepełna dyspozycyjność (godziny od 8:00 do 15:00 tylko w dni weekendowe, w dni powszednie tylko od godziny 15:00),

[ ] niepełna dyspozycyjność (w dni powszednie i w dni weekendowe tylko od godziny 15:00).

[ ] ograniczona dyspozycyjność do indywidualnego ustalenia w poszczególnych terminach szkoleń (żadna z powyższych odpowiedzi).

1. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz że zdobyłam/zdobyłem konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że uważam się związana/związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty określonej w ogłoszeniu jako termin graniczny przesłania/dostarczenia oferty cenowej.
3. Oświadczam że spełniam wszystkie wymagania zawarte w treści zapytania ofertowego, co potwierdzają złożone przeze mnie dokumenty (Curriculum Vitae).
4. Zobowiązuję się do wykonania zamówienia w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
5. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty :

**1/ Curriculum vitae**

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

*/ Miejscowość i data/ /podpis oferenta/*