**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr Z05/QPOZ/2018**

**Nazwa i siedziba wykonawcy:**

**………………………………………**

**………………………………………**

**……………………………………**

***FORMULARZ OFERTOWY***

*w postępowaniu w trybie zapytania ofertowego w ramach w ramach projektu pn.* ***Poprawa jakości usług medycznych w wybranych przychodniach POZ z terenu województwa małopolskiego i podkarpackiego****, który w wyniku* ***konkursu pn. Jakość w podstawowej opiece zdrowotnej (nr POWR.05.02.00-IP.05-00-008/17) ogłoszonego przez Ministra Zdrowia uzyskał dofinansowanie w ramach*** *Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,
oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.2 Działania projakościowe
i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.*

**ZAMAWIAJĄCY:**

Nowa Rehabilitacja Sp. z o.o.

ul. Polarna 10

30-389 Kraków

Oferujemy:

1. Wykonanie dostawy usług zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym nr Z05/QPOZ/2018.
2. Łączna cena zapłaty za dostawę usług wymienionych w 1 pkt. niniejszej oferty wynosi -

brutto ………….……. PLN (słownie: …………………………..………………………………………….. złotych) w tym:

* kwota netto: …………….….. PLN
* podatek VAT: ………….…… PLN
1. Jednostkowe koszty zapewnienia:
	* Sali szkoleniowej z obsługą techniczną spotkań grupowych edukacji zdrowotnej: …………… PLN netto/miesiąc,
	* Sali szkoleniowej lub sali komputerowej wyposażonej w 10 zestawów komputerowych wraz z dostępem do internetu …………… PLN netto/miesiąc

Jako Wykonawca oświadczam, że:

* zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz posiadam konieczne informacje do przygotowania oferty, a przedmiot zamówienia nie wykracza poza zakres mojej działalności zgodnie z wpisem do właściwej ewidencji,
* uważam się związany niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia otwarcia ofert,
* osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest …………………………………………..……………., tel.: ……………………….., fax: ………………………, e-mail: ………………………………………………………………….……
* posiadam następujący numer konta bankowego: …………………………………………………………………, numer NIP: …………………………… oraz numer REGON: ………………………..

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

*/ miejscowość i data/ /podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)*

*do reprezentowania Wykonawcy/*