**Załącznik nr 1**

**Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:**

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

37 – 450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4

**FORMULARZ OFERTY - wzór**

dla zamówienia publicznego o wartości mniejszej niż równowartość kwoty 130 000 złotych

**Nazwa przedmiotu zamówienia:** Usługa doradcza „Benchmarking i Ocena Pracy Szpitala” za 2021 rok, świadczona przez **Wykonawcę**, na rzecz **Zamawiającego** przez okres 9 miesięcy

**1. DANE WYKONAWCY:**

Nazwa: .............................................................................................................................................

Adres:………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………………………………………………………....................

REGON: …………………………………………………………………….......…………………..

KRS/CEiDG: ……………………………………………………………………………………....

fax /tel.…………………........………………………………………………………………………

e-mail: ………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Osoba odpowiedzialna za kontakt z Zamawiającym: ……………………………………………

**2.** Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami i na zasadach zawartych w zapytaniu ofertowym:

za łączną wartość netto: .................................. PLN brutto: ..............................PLN

słownie: ....................................................................................................... PLN brutto

**3. TERMINY:**

Usługa objęta zamówieniem będzie realizowana przez okres 9 miesięcy.

**4. Jako potwierdzenie spełnienia warunku ( pkt. VII Zapytania ofertowego) wraz z niniejszą ofertą przedkladam** następujące dokumenty : …………………………………………………………..

……………………………………………………………

**5. Oświadczam, że:**

1. Oświadczam(y), że moja oferta spełnia wszystkie wymagania i warunki określone w zapytaniu ofertowym.

2. Oświadczam(y), że w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia,

3. Oświadczam(y), że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nich zawarte,

4. Oświadczam(y), że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.

5. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w zapytaniu, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego

6. Oświadczam(y), że akceptujemy termin płatności 60 dni licząc, od daty zrealizowania usługi.

7. W sprawie wystawiania i przesyłania do Zamawiającego faktury elektronicznej:

Zamawiający informuje, że korzysta Platformy Elektronicznego Fakturowania Infinite.pl

Nazwa skrzynki: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli

Adres: Staszica 4, 37 – 450 Stalowa Wola PL

Skrócona nazwa skrzynki: Szpital – Stalowa Wola

Typ/ Numer PEPPOL: NIP 8652075413

8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

1)rozporządzenie 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 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* **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**

................................. (miejscowość), dn. .............. ..............................................

podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentowania Wykonawcy