## Załącznik nr 1 do SWZ

## WZÓR FORMULARZA OFERTOWEGO

**Dane Wykonawcy:**

1. Pełna nazwa: ……………………………………………………………………………...
2. Adres (kod, miejscowość, województwo, powiat, ulica, nr domu, nr lokalu):

…………………………………………………………………………………………….

1. REGON: …………………………………………………………………………………..
2. NIP: ……………………………………………………………………………………….
3. Numer telefonu: …………………………………………………………………………..
4. e-mail: …………………………………………………………………………………….
5. Numer konta bankowego: ………………………………………………………………..
6. Zarejestrowany / wpisany w …..………………………………………………… (rejestr)

Nawiązując do ogłoszonego zamówienia klasycznego w trybie **podstawowym bez negocjacji,**na podstawie art. 275 pkt 1, o wartości zamówienie nieprzekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019r. – Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2023r.   
poz. 1605 ze zm.) w przedmiocie:

**„Świadczenie usług specjalistycznych w ramach projektu pn. Wsparcie i Rozwój Rodzinnej Pieczy Zastępczej Powiatu Lidzbarskiego”**

1. Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o przedmiocie określonym powyżej oferujemy realizację zamówienia zgodnie z zasadami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia:

**Część VI – Diagnostyczna konsultacja psychiatryczna dzieci i młodzieży**

**- psychiatra -** **12 konsultacji** usługi

Wartość netto za 1 konsultację: …… zł (słownie: ………………….……...……….…………………)

Wartość brutto za 1 konsultację: …… zł (słownie: ………………………...…………………………)

Stawka podatku VAT wynosi: …………………..

Kwota podatku VAT: ……… zł (słownie: …………………………………………….……………….)

Wartość netto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi (……. zł/godz. x 12 konsultacji): .......................... zł (słownie: …………………………………………………….………………..…….)

Wartość brutto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi... (……. zł/godz. x 12 konsultacji): .......................... zł (słownie: …………...……………………………………………….)

Udokumentowane doświadczenie  **psychiatry** dedykowanego do realizacji zamówienia: ……...… lat.

*W przypadku wskazania przez Wykonawcę więcej niż jednej osoby dedykowanej do części zamówienia, należy podać udokumentowane doświadczenie każdego specjalisty – ilość lat ( jeśli dotyczy)*

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

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

**Termin wykonania**: od daty zawarcia umowy do dnia 31.12.2027 r.

**Warunki płatności i szczegółowe zasady realizacji zadania:** zgodnie ze wzorem umowy.

**Część IX – Terapia logopedyczna**

**- logopeda -**  **240 godzin** usługi

Wartość netto za 1 godzinę: …… zł (słownie: ………………….……...…………………………….…)

Wartość brutto za 1 godzinę: …… zł (słownie: ………………………...……………………….……)

Stawka podatku VAT wynosi: …………………..

Kwota podatku VAT: ……… zł (słownie: ………………………………………….………….…….)

Wartość netto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi (……. zł/godz. x 240h): .......................... zł (słownie: …………………………………………………………………..…..….)

Wartość brutto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi... (……. zł/godz. x 240h): .......................... zł (słownie: ………………………...………………………………….…………….)

Udokumentowane doświadczeni**e logopedy** dedykowanego do realizacji zamówienia: ......lata.

*W przypadku wskazania przez Wykonawcę więcej niż jednej osoby dedykowanej do części zamówienia, należy podać udokumentowane doświadczenie każdego specjalisty – ilość lat ( jeśli dotyczy)*

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

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

**Termin wykonania**: od daty zawarcia umowy do dnia 31.12.2027 r.

**Warunki płatności i szczegółowe zasady realizacji zadania:** zgodnie ze wzorem umowy.

**Część X – Diagnoza dzieci i młodzieży pod kątem FAS/FASD**

**- zespół specjalistów -** 21 diagnoz

Wartość netto za 1 diagnozę: …… zł (słownie: ………………….……...…………………….………)

Wartość brutto za 1 diagnozę: …… zł (słownie: ………………………...………………….…………)

Stawka podatku VAT wynosi: …………………..

Kwota podatku VAT: ……… zł (słownie: ………………………………………….……….……….)

Wartość netto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi (……. zł/godz. x 21 diagnoz): .......................... zł (słownie: …………………………………………………………………..……...)

Wartość brutto za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi... (……. zł/godz. x 21 diagnoz): .......................... zł (słownie: ………………………...……………………………………….……….)

Udokumentowane doświadczenie dedykowanego zespołu specjalistów do realizacji zamówienia: ……………… lata.

*W przypadku wskazania przez Wykonawcę więcej niż jednej osoby dedykowanej do części zamówienia, należy podać udokumentowane doświadczenie każdego specjalisty – ilość lat ( jeśli dotyczy)*

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

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

**Termin wykonania**: od daty zawarcia umowy do dnia 31.12.2027 r.

**Warunki płatności i szczegółowe zasady realizacji zadania:** zgodnie ze wzorem umowy.

**UWAGA!!! Oferent wypełnia wyżej przedstawione pozycje wyłącznie w zakresie Części   
na który została złożona oferta. Pozostałe Części Oferent pozostawia nie wypełnione i dokonuje ich przekreślenia.**

1. Oświadczam / y, że zapoznałem (łam) (liśmy) się ze SWZ i uznaję (my) się za związaną (y) (ni) określonymi w niej zasadami postępowania.
2. Oświadczam / y, że uważam / y się za związaną (y) (ni) niniejszą ofertą na czas wskazany w SWZ.
3. Oświadczam / y, że następującą cześć zamówienia powierzam / y podwykonawcom – zgodnie z załącznikiem nr 6 do SWZ.
4. Oświadczam / y, że zapoznałam (łem) (liśmy) się z wzorem umowy, który stanowi załącznik do SWZ i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy   
   na zawartych tam warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam / y, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego
6. Oświadczam / y, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia dla realizacji usług będących przedmiotem zamówieni.
7. W przypadku wyboru oferty za ofertę najkorzystniejszą:

Osoba/y uprawniona/e do podpisania umowy: …………………………………..……………...

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

(pełna nazwa zgodna z rejestrem, imię i nazwisko dokładny adres, NIP, REGON)

Osoba do kontaktów w sprawie realizacji umowy: ……………………………………………..

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

(imię i nazwisko, numer telefonu, e-mail)

1. Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego są załączniki zgodnie z treścią SWZ.
2. Oświadczam / y, że wypełniłam (łem) (liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio   
   lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego   
   w niniejszym postępowaniu.

………………………., ……………… 2024r.

(miejscowość i data)

PODPIS

Dokument należy złożyć w formie elektronicznej, tj. w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.