

FORMULARZ OFERTOWY

Dot. „Prowadzenia Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym”
Umowa z Ministrem Zdrowia nr 6/2/1/NPZ/FRPH/2018/97/92 z dn. 29.05.2018 r.

OFERTĘ SKŁADA

1. Nazwa oferenta, numer w Krajowym Rejestrze Sadowym lub innej ewidencji, adres siedziby lub adres do korespondencji			
2. Inne dodatkowe dane kontaktowe, w tym dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. numer telefonu, adres poczty elektronicznej, numer faksu)			
3. Nazwa, adres i dane kontaktowe jednostki organizacyjnej bezpośrednio wykonującej zadanie publiczne, o który mowa w ofercie (należy wypełnić, jeżeli zadania ma być realizowane przez oddział terenowy, placówkę lub inną jednostkę organizacyjną oferenta)			
4. Przedmiot działalności oferenta:			
5. Informacja o sposobie reprezentacji oferenta, w tym imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania oferenta, wraz z przytoczeniem podstawy prawnej			
6. Zadania objęte ofertą			
Nr	Nazwa zadania	Tak	Nie
1	Opracowanie materiałów eksperckich		
2	Odpowiadanie na zapytania nadsyłane od internautów.		
3	Opracowanie graficzne serii tematycznych infografik		

7. Opis poszczególnych działań w zakresie realizacji zadania

--

8. Harmonogram działań -szacowany czas realizacji

--

9. Kalkulacja przewidywanych kosztów

Lp.	Nazwa działania	Cena jednostkowa netto	Cena jednostkowa brutto
	Razem:		

10. Zasoby kadrowe przewidywane do zaangażowania przy realizacji zadania

Lp.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje	Sposób zaangażowania w realizację poszczególnych działań

**NPZ**
NARODOWY PROGRAM ZDROWIAZadanie finansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia na
lata 2016-2020CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT
IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE

11. Informacje o wcześniejszej działalności oferenta w zakresie, którego dotyczy zadanie, w tym informacje obejmujące dotychczasowe doświadczenia oferenta w realizacji podobnych zadań

Lp.	Klient i data realizacji	Zakres działań

12. Informacje o zasobach technicznych oferenta w zakresie, którego dotyczy zadanie,

--

13. Inne informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty, w tym odnoszące się do kalkulacji przewidywanych kosztów

--

Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.

II. Oświadczenia

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze ZO i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń. Tym samym zobowiązujemy się do spełnienia wszystkich warunków zawartych w ZO.
2. Oferujemy termin płatności dni od daty otrzymania faktury, po każdym etapie realizacji zamówienia.
3. Jednocześnie zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty podpisać umowę bez zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Termin realizacji zamówienia :
1 etap: od podpisania umowy do dnia 31.12.2018 r
2 etap: od 01.01.2019 do dnia 31.12.2019 r.
3 etap: –od 01.01.2020 r do dnia 31.12.2020 r



Zadanie finansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia na
lata 2016-2020



Miejsca wykonywania usługi:

CENTRUM ONKOLOGII–INSTYTUT im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie,
ul. Wawelska 15B, 02-034 Warszawa.

5. Oświadczamy, że osoby bezpośrednio uczestniczące w realizacji zamówienia posiadają doświadczenie i kwalifikacje gwarantujące należyte i fachowe wykonywanie usług będących przedmiotem niniejszego zamówienia.
6. Oświadczamy, że złożona oferta jest ważna przez 60 dni od dnia składania ofert.
7. Informujemy, że zamierzamy* / nie zamierzamy* powierzyć części zamówienia podwykonawcom (jeżeli TAK, należy wskazać w ofercie części zamówienia, których wykonanie zostanie powierzone podwykonawcom):

1)

2)

8. Informacje zawarte na stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane przez Zamawiającego.
9. 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 (jeśli nie dotyczy skreślić).

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).

10. Osobą/osobami upoważnionymi do reprezentowania naszej firmy przy ewentualnym podpisaniu umowy w sprawie udzielenia niniejszego zamówienia będą:

▪
/imię, nazwisko, pełniona funkcja/

11. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

12. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1/.....

2/.....

3/

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osób uprawnionych do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
lub pieczętka wraz z podpis



Zadanie finansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia na
lata 2016-2020

