**Załącznik nr 2 – formularz ofertowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: | |
|  | |
| Adres: | |
| REGON | NIP: |
| Nr telefonu: | Nr faksu: |
| E – mail : | |

Przystępując do konkursu pod nazwą „Poprawa dostępności mieszkańców Miasta Lubawa do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej w 2024 roku”, ogłoszonego przez Burmistrza Miasta Lubawa, składam(-y) następującą ofertę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oznaczenie** | **Koszt**  **1 godziny**  **brutto** | **Łączna liczba godzin** | **Wartość brutto** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5 = 3 x 4* |
| 1. | Poprawa dostępności mieszkańców Miasta Lubawa do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej w 2024 roku | .............................. w tym:  1. porada lekarska....................zł  2. porada pielęgniarska........... zł  3. inne.....................................zł | 808 |  |
| Wartość brutto słownie: | | | | |

1. **Oświadczamy, że dysponujemy potencjałem ………. zatrudnionych (zakontraktowanych) lekarzy, realizujących świadczenie posiadających specjalizację (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) w dziedzinie medycyna rodzinna, pediatria lub choroby wewnętrzne.**
2. **Oświadczamy, że posiadamy:**
   1. **Certyfikat ISO w zakresie usług medycznych ważny w dniu złożenia oferty\***
   2. **Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia ważny w dniu złożenia oferty\***
3. Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się warunkami konkursu oraz zdobyliśmy wszelkie konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
4. Oświadczam(y), że zawarty w ogłoszeniu o konkursie projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w ogłoszeniu konkursie.

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

(podpis upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy)

\* Niepotrzebne skreślić