Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 04\_2026

**Formularz ofertowy**

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

Dane /pieczęć Wykonawcy Miejscowość, data

**Dane Wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko/Nazwa |  |
| Adres |  |
| Osoba fizyczna /firma | Osoba fizyczna Firma |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Nr KRS |  |
| Telefon |  |
| Adres e – mail |  |

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do zapytania ofertowego z dnia **28.01.2026** r. na świadczenie usług lekarza w ramach Zapytania ofertowego **nr 04\_2026**, przewidziane do realizacji w ramach projektu **FEMP.06.21-IP.01-1337/24.** Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza w wymiarze ok 127 godzin w projekcie (wsparcie specjalistyczne lekarza).

Miejsce realizacji usług lekarza: Gmina Kocmyrzów-Luborzyca, Zielonki, Michałowice, Niepołomice, Proszowice, Koszyce, Koniusza, Krzeszowice.

Zamówienie będzie realizowane od **02.2026 do 06.2029 przez cały okres realizacji projektu.**

Zakres udzielanych świadczeń obejmuje m.in:

* przeprowadzanie wywiadu i badania lekarskiego pacjenta, ocena stanu funkcjonalnego   
  i ogólnego pacjenta.
* jednorazowa konsultacja w ramach weryfikacji rozpoznań chorobowych, uzupełnienia ich lub postawienia nowych, opracowanie programu leczenia z uwzględnieniem kompleksowej rehabilitacji,
* współdziałanie z całym zespołem terapeutycznym (asystentura zespołowa) prowadzenie dokumentacji, udział w zebraniach asystentury zespołowej, konsultowanie, współpraca, diagnozowanie potrzeb indywidualnych i grupy,
* prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym prawem.

Oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia, za kwotę całkowitą:

**Cena brutto: …………………………………………………………………………………………………………zł**

**słownie: ....................................................................................................................**.

w tym: cena netto …………………………… zł, podatek VAT .......................... %, tj. .................................... zł

Cena za godzinę brutto to: ……………………………

Oświadczam że posiadam …….. lat doświadczenia zawodowego.

Oświadczam że posiadam…… lat doświadczenia zawodowego jako lekarz w Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych.

Deklaruje, iż po przyjęciu przedmiotowego zlecenia łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy UE oraz działań finansowanych z innych źródeł nie przekroczy 276 godzin miesięcznie. W przypadku zmiany powyższego zaangażowania zobowiązuję się poinformować pracodawcę o tym fakcie.

1. Oświadczam/y, że w cenie mojej/naszej oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania zamówienia w tym podatek VAT (w przypadku działalności) a także koszty PIT I ZUS w przypadku osób fizycznych.
2. Oświadczamy, że akceptujemy wskazany w Zapytaniu ofertowym z załącznikami termin i sposób płatności wynagrodzenia za wykonanie zamówienia
3. Oświadczamy, że oferujemy realizację zamówienia w sposób w pełni odpowiadający wszystkim wymaganiom Zamawiającego określonym w Zapytaniu ofertowym z załącznikami, w szczególności w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam/y, że:
5. zapoznałem/zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę/wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń,
6. posiadam/y uprawnienia, wiedzę oraz doświadczenie do wykonania przedmiotowego zamówienia,
7. dysponuję/dysponujemy potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
8. znajduję/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

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

*(data i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 04\_2026

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych Wykonawcy z Zamawiającym**

Przystępując do Zapytania ofertowego w ramach projektu pt. ***„Wsparcie Bez Granic- Nowoczesne Centrum dla Opiekunów”*** oświadczam brak powiązań osobowych lub kapitałowych wykonawcy

**..........................................…**

**...................................………..**

**......................................…….**

Nazwa oferenta

z zamawiającym **Fundacja Wspierania Rodzin Pogodna Przystań, ul. Nad Stacją 27, 32-010 Łuczyce**

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji (o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa), pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
2. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub związaniu z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli albo pozostawaniu we wspólnym pożyciu z wykonawcą, jego zastępcą prawnym lub członkami organów zarządzających lub organów nadzorczych wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia,
3. pozostawaniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że istnieje uzasadniona wątpliwość co do ich bezstronności lub niezależności w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

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

*(data i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr 04\_2026

**Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany/a...................................................... (imię i nazwisko Oferenta) zgodnie z art. 7 Rozporządzenia 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, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Fundacja Wspierania Rodzin Pogodna Przystań, ul. Nad Stacją 27, 32-010 Łuczyce** , jako Administratora tych danych, na potrzeby przeprowadzenia postępowania zakupowego w ramach projektu pt. ***„Wsparcie Bez Granic- Nowoczesne Centrum dla Opiekunów”,*** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w realizowany jest w realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Operacyjnego: FEMP - Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, 06. Osi Priorytetowej: Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 21 Wsparcie usług społecznych w regionie Typ projektu C. Usługi zgodne z zasadą deinstytucjonalizacji, w zakresie zapewnienia opieki osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym ze względu na wiek lub usługi w zakresie wsparcia opiekunów nieformalnych.

………………………………… ……………………………………

miejscowość, data  *(podpis Oferenta/osoby proponowanej do zespołu)*

Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr 04\_2026

**OŚWIADCZENIE SANKCYJNE**

Oferent oświadcza, że zgodnie z art. 22 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835 ze zm.) oraz zgodnie z art. 7 ust. 1 tej ustawy nie jest podmiotem/osobą:

* 1. znajdującą się w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub na liście osób i podmiotów objętych sankcjami opublikowanej na stronie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
  2. beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655), o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy.
  3. wykonawcą zamówienia, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106) jest podmiot wpisany   
     w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy.

Oferent oświadcza, że nie jest wpisany w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 ani na listę sankcyjną, ani nie spełnia innych w/w przesłanek, w związku z powyższym oferta nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835 ze zm.).

……………………..…………… ………………………………

*miejscowość i data*    *(podpis Oferenta)*

*Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego nr 04\_2026*

***OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW PRAWNYCH I KAPITAŁOWYCH***

Jako Oferent Przystępując do Zapytania ofertowego **nr 04\_2026** z dnia **28.01.2026** r. na świadczenie usług lekarza, w ramach projektu **FEMP.06.21-IP.01-1337/24** oświadczam, że:

1. posiadam doświadczenie, wiedzę, umiejętności i kwalifikacje do prawidłowego  i zgodnego z prawem wykonania Przedmiotu Umowy oraz zasoby finansowe pozwalające na prawidłowe i terminowe wykonanie Umowy,

1. nie otwarto wobec mnie likwidacji i nie ogłoszono upadłości (dotyczy podmiotu gospodarczego).

*…………………………………… ...................................................................*

*miejscowość, data    (podpis Oferenta)*