***Załącznik nr 1 – formularz oferty***

# Dane wykonawcy

**O F E RT A**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |
| województwo |  |  |
| NIP: |  | REGON: |  |  |
| strona www: |  | adres e-mail: |  |
| nr telefonów |  |  |

1. **Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy przetargu nieograniczonego, na **usługę doradztwa w zakresie spełnienia przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie wymogów higieniczno-sanitarnych oraz procesu HCAAP.**

# Informacje dotyczące ceny oferty;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nazwa zadania | cena nettoPLN | cena bruttoPLN |
| usługa doradztwa w zakresie spełnienia przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie wymogów higieniczno-sanitarnych oraz procesu HCAAP (ryczałt miesięczny) |  |  |
| usługa doradztwa w zakresie spełnienia przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie wymogów higieniczno-sanitarnych oraz procesu HCAAP (12 miesięcy) |  |  |

# Informacje dotyczące doświadczenia.

#  Oświadczam, że posiadam. …………………letnie doświadczenie w realizacji i nadzorze zadań w obszarze higieniczno-sanitarnym w podmiotach leczniczych

# Oświadczenia

|  |
| --- |
| Oświadczam, że: |
| 1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w zaproszeniu.
2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. zapoznaliśmy się treścią zaproszenia do złożenia oferty nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);

6. zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO opublikowaną na stronie internetowej zamawiającego i akceptuję jego treść, w związku z moim uczestnictwem w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego. |

|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość: |  |
| data: |  |

(podpis pieczątka imienna osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)