

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

# Dane wykonawcy

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

1. **Przedmiot oferty:**

Oferta dotyczy postępowania o udzieleniu zamówienia publicznego, na **usługę polegająca na przeprowadzenie badania sprawozdań finansowych Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie za lata obrotowe 2023 i 2024.**

# Informacje dotyczące ceny oferty;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nazwa zadania | cena netto PLN | cena brutto PLN |
| *Przeprowadzenie badania sprawozdań finansowych Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie za rok obrotowy 2023.* |  |  |
| *Przeprowadzenie badania sprawozdań finansowych Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie za rok obrotowy 2024.* |  |  |
| *RAZEM* |  |  |

1. **Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego dotyczące:**
2. Kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów, tj. jestem/śmy wpisany/i na listę firm audytorskich, o których mowa w art. 57 ustawy z dnia 11 maja 2017 roku o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz. U. 2022 r. poz. 1302), prowadzoną przez Krajową Radę Biegłych Rewidentów pod numerem **…………………………..………………;**
3. Dysponuję/my biegłym rewidentem wpisanym do rejestru biegłych rewidentów prowadzonego przez Krajową Radę Biegłych Rewidentów, zgodnie z Ustawą o biegłych rewidentach, który będzie pełnił funkcję kluczowego biegłego rewidenta i przedstawiam następujące informacje w zakresie doświadczenia kluczowego biegłego rewidenta w zakresie przeprowadzonych badań sprawozdań finansowych podmiotów leczniczych, który w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, badał co najmniej 3 sprawozdania finansowe podmiotów leczniczych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko kluczowegobiegłego rewidenta | Numer biegłego rewidenta | Nazwa podmiotu leczniczego, na rzecz którego badanie sprawozdania finansowego było wykonywane przez kluczowego biegłego rewidenta | Rok obrotowy za który, wykonano badanie sprawozdania finansowego |
|  |  |  |  |

# Oświadczenia

|  |
| --- |
| Oświadczam, że: |
| 1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w zaproszeniu oraz wzorze umowy;
2. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. Zapoznałem się treścią zaproszenia do złożenia oferty oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. Uważam się związany niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
5. Akceptuję, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie na zasadach opisanych we wzorze umowy w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zmawiającego prawidłowo wystawionej

faktury;6. zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO i akceptuję jej treść, w związku z moim uczestnictwem w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego.7. Wypełniłem obowiązek wynikający z RODO wobec osób, których dane osobowe zostały umieszczone w niniejszym formularzu |

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

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