

## Załącznik nr 1

NZOZ „Nowe Życie” I. Ogonek, Z. Ogonek Spółka Jawna  
ul. Mleczarska 11, 29-100 Włoszczowa  
KRS 0000576627  
REGON 362521655  
NIP 6090072614

Imię i Nazwisko / lub Nazwa Wykonawcy:	
Adres zamieszkania / lub Siedziba Wykonawcy:	
Telefon	
e-mail	

### OFERTA CENOWA

Nawiązując do Zapytania Ofertowego na szacowanie wartości zamówienia **na usługi opieki medycznej świadczone przez personel pielęgniarski w ramach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego** .w ramach realizowanego projektu pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej „Nowe Życie”” nr RPSW.09.02.03-26- 0011/18, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, składam/y niniejszą ofertę:

### Cześć I

## Pielęgniarka/pielęgniarz pełniący funkcję kierownika Zespołu Terapeutycznego

1. Oferuję/emy wykonanie przedmiotu Zamówienia za cenę:

(w przypadku problemów z obliczeniem ceny brutto proszę o kontakt z księgową NZOZ

„Nowe Życie” Anna Kaczkowska tel. 537905200)

Lp.	Wyszczególnienie	Jedn. miary	Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę
1	2	3	5
2.	Cena za godzinę pracy	godzina	

Oświadczam/y, że:

- Uzyskałem/łam/liśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia,
- Zapoznałem/łam/liśmy się i akceptuję/emy treść Zapytania Ofertowego i nie wnoszę/simy do niego zastrzeżeń,

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Wykonawcy  
/ lub Pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Część II**  
**Pielęgniarka / pielęgniarz**

1. Oferuję/emy wykonanie przedmiotu Zamówienia za cenę:

<b>Lp.</b>	<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Jedn. miary</b>	<b>Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
2.	Cena za godzinę pracy	godzina	

(w przypadku problemów z obliczeniem ceny brutto proszę o kontakt z księgową NZOZ „Nowe Życie” Anna Kaczkowska tel. 537905200)

Oświadczam/y, że:

- Uzyskałem/łam/liśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia,
- Zapoznałem/łam/liśmy się i akceptuję/emy treść Zapytania Ofertowego i nie wnoszę/simy do niego zastrzeżeń,

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Wykonawcy  
/ lub Pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2**

***OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU***

**Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy (dane Wykonawcy):**

**Imię i nazwisko / lub Nazwa:**

---

**Adres zamieszkania /lub siedziby:**

---

oświadczam(y), że:

1. posiadam(y) niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowej realizacji przedmiotu zamówienia,
2. dysponuję(emy) osobą/ami zdolną/y mi do wykonania przedmiotu zamówienia,
3. znajduję(emy) się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie  
/ lub Pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

***OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH  
Z ZAMAWIAJĄCYM***

**Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy (dane Wykonawcy):**

**Imię i nazwisko / lub Nazwa:**

---

**Adres zamieszkania /lub siedziby:**

---

oświadczam(y), że:

nie jestem(śmy) z Zamawiającym czyli NZOZ Nowe Życie I. Ogonek, Z. Ogonek Spółka Jawna, z siedzibą: 29-100 Włoszczowa, ul. Mleczarska 11, powiązany(a)(i) osobowo lub kapitałowo tzn.: nie jestem(śmy) z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, powiązany(a)(i) poprzez:

- a) uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie  
/ lub Pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy