

OFERTA

Zamawiający:

Centrum Kultury Wilanów

ul. Kolegiacka 3

02-960 Warszawa

W odpowiedzi na przekazane Zapytanie ofertowe na **Świadczenie usług w zakresie kompleksowej opieki medycznej**

my, niżej podpisani:

.....

działając w imieniu i na rzecz:

.....

nazwa (firma), dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców, w przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać należy nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich podmiotów składających wspólną ofertę NIP, REGON

1. **Składamy ofertę** na wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z zapytaniem ofertowym.
2. **Oświadczamy**, że zapoznaliśmy się z warunkami zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń.
3. **Oferujemy** wykonywanie przedmiotu zamówienia za cenę ofertową w wysokości:
 - 1) Cena miesięcznego abonamentu za pracownika: **zł netto**, (słownie: złotych 00/100), % podatek VAT, **zł brutto**, (słownie: złotych 00/100);
 - 2) Cena miesięcznego abonamentu dla współmałżonka/partnera lub 1 dziecko (do 26 r.ż.): **zł netto**, (słownie: złotych 00/100), % podatek VAT, **zł brutto**, (słownie: złotych 00/100);
 - 3) Cena miesięcznego abonamentu dla współmałżonka/partnera oraz dzieci (do 26 r.ż.): **zł netto**, (słownie: złotych 00/100), % podatek VAT, **zł brutto**, (słownie: złotych 00/100)
4. **Oświadczamy**, że w zaoferowanej cenie zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

5. **Deklarujemy**, posiadanie aplikacji mobilnej z funkcjonalnością powiadomień push o zwalniającym się terminie wizyty – TAK / NIE*

***niepotrzebne skreślić**

W celu zadeklarowania posiadania aplikacji mobilnej z taką funkcjonalnością Wykonawca winien skreślić słowo „NIE”.

Brak skreślenia „NIE” lub „TAK” uznane zostanie, jako brak deklaracji tj. posiadania funkcjonalności powiadomienia w aplikacji o zwalniającym się terminie wizyty. Wówczas Wykonawca otrzyma 0 pkt za powyższe kryterium. Wykonawca otrzyma również 0 pkt, w przypadku skreślenia obu odpowiedzi, tj. słowa „TAK” i „NIE”.

6. **Deklarujemy**, posiadanie aplikacji mobilnej z funkcjonalnością potwierdzenia obecności w oddziale za pośrednictwem aplikacji mobilnej bez konieczności osobistego potwierdzenia przybycia w rejestracji – TAK / NIE*

***niepotrzebne skreślić**

W celu zadeklarowania posiadania aplikacji mobilnej z taką funkcjonalnością Wykonawca winien skreślić słowo „NIE”.

Brak skreślenia „NIE” lub „TAK” uznane zostanie, jako brak deklaracji tj. posiadania funkcjonalności powiadomienia w aplikacji o zwalniającym się terminie wizyty. Wówczas Wykonawca otrzyma 0 pkt za powyższe kryterium. Wykonawca otrzyma również 0 pkt, w przypadku skreślenia obu odpowiedzi, tj. słowa „TAK” i „NIE”.

7. **Deklarujemy**, możliwość konsultacji u lekarzy specjalistów bez skierowania dla dorosłych i dzieci – TAK / NIE*

***niepotrzebne skreślić**

W celu zadeklarowania możliwości konsultacji u lekarzy specjalistów bez skierowania dla dorosłych i dzieci winien skreślić słowo „NIE”.

Brak skreślenia „NIE” lub „TAK” uznane zostanie, jako brak deklaracji tj. konsultacji u lekarzy specjalistów bez skierowania dla dorosłych i dzieci. Wówczas Wykonawca otrzyma 0 pkt za powyższe kryterium. Wykonawca otrzyma również 0 pkt, w przypadku skreślenia obu odpowiedzi, tj. słowa „TAK” i „NIE”.

8. **Deklarujemy**, honorowanie skierowań z zewnątrz bez potrzeby autoryzacji przez lekarza dostawcy usług medycznych dla dorosłych i dla dzieci – TAK / NIE*

***niepotrzebne skreślić**

W celu zadeklarowania honorowania skierowań z zewnątrz bez potrzeby autoryzacji przez lekarza dostawcy usług medycznych dla dorosłych i dla dzieci winien skreślić słowo „NIE”.

Brak skreślenia „NIE” lub „TAK” uznane zostanie, jako brak deklaracji tj. honorowania skierowań z zewnątrz bez potrzeby autoryzacji przez lekarza dostawcy usług medycznych dla dorosłych i dla dzieci. Wówczas Wykonawca otrzyma 0 pkt za powyższe kryterium. Wykonawca otrzyma również 0 pkt, w przypadku skreślenia obu odpowiedzi, tj. słowa „TAK” i „NIE”.

9. **Zobowiązujemy się** do wykonywania przedmiotu zamówienia w terminie od dnia **1 stycznia 2025 r. do dnia 31 grudnia 2025 r.**

10. **Oświadczamy**, że na terenie Warszawy dysponujemy następującymi placówkami medycznymi:

Wykaz własnych placówek medycznych na terenie miasta stołecznego w Warszawie					
L.p.	Nazwa własnej placówki medycznej	Dni otwarcia placówki medycznej	Godziny otwarcia placówki medycznej	Adres własnej placówki medycznej	Specjalizacje lekarskie
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					



14					
15					
16					
.....					
Wykaz własnych szpitali na terenie miasta stołecznego w Warszawie					
1					
....					

11. **Oświadczamy**, że nie podlegam 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. z 2023 r., poz. 1497 ze zm.).
12. **Uważamy się** za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni**. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
13. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego zapytania należy kierować do:
Imię i nazwisko
Adres:
Telefon:
Adres e-mail:
14. Załączniki:
14.1.
14.2.
14.3.

....., dnia

.....

(podpis Wykonawcy)

