



**Załącznik nr 1**

**do zapytania ofertowego 01/DDOM/ZOK/2016**

.....  
Pieczęć Wykonawcy (jeśli dotyczy)

**Oświadczenie dotyczące braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Niniejszym oświadczam, iż jako Oferent nie jestem powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym - Caritas Archidiecezji Gdańskiej, al. Niepodległości 778, Sopot 81-805.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Beneficjenta lub wykonującymi w imieniu Beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i prowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. 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 i data

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy



**Załącznik 2**  
**do zapytania ofertowego nr 01/DDOM/ZOK/2016**

.....  
Pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**Centrum Pomocowe Caritas**  
im. Jana Pawła II  
ul. Fromborska 24, 80-389 Gdańsk

## FORMULARZ OFERTOWY

.....  
Pełna nazwa Wykonawcy / lub imię i nazwisko

.....  
Siedziba / lub adres zamieszkania oraz adres do korespondencji

.....  
NIP / lub PESEL

REGON (jeżeli dotyczy)

.....  
Nr telefonu

Nr faxu

e-mail:

w nawiązaniu do zapytania ofertowego numer 01/DDOM/ZOK/2016 na usługi w zakresie zdrowia, w ramach projektu numer POWR.05.02.00-00-0139/15 tytuł „Dzienny Dom Opieki Medycznej”, realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, składam swoją ofertę / oferty \* na:

\* niepotrzebne skreślić

- Zakres nr 1: Porady Dietetyka
- Zakres nr 2: Konsultacje lekarskie z zakresu rehabilitacji
- Zakres nr 3: Konsultacje lekarskie z zakresu geriatrici
- Zakres nr 4: Porady Psychologa

### Zakres nr 1: Porady Dietetyka

Lp.	Przedmiot zamówienia	Cena brutto za godzinę ( w PLN )	Ilość	Łączna cena brutto za całość zamówienia ( w PLN )
1	Udzielanie konsultacji dietetycznych dla pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w okresie od 16 sierpnia 2016r. do 30 czerwca 2018 r. w wymiarze 10h miesięcznie.		230 godz.	
2	Posiadane doświadczenia w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi na podstawie przedstawionych dokumentów (w latach): .....			



**Zakres nr 2: Konsultacje lekarskie z zakresu rehabilitacji (usługi rehabilitacyjne):**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Cena brutto za godzinę ( w PLN )	Ilość	Łączna cena brutto za całość zamówienia ( w PLN )
1	Udzielanie konsultacji lekarskich z zakresu rehabilitacji dla pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w okresie od 16 sierpnia 2016r do 30 czerwca 2018 r. w wymiarze 40h miesięcznie.		920 godz.	
2	Posiadane doświadczenia w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi na podstawie przedstawionych dokumentów (w latach): .....			

**Zakres nr 3: Konsultacje lekarskie z zakresu geriatry (usługi geriatryczne):**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Cena brutto za godzinę ( w PLN )	Ilość	Łączna cena brutto za całość zamówienia ( w PLN )
1	Udzielanie konsultacji lekarskich z zakresu geriatry dla pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w okresie od 16 sierpnia 2016r do 30 czerwca 2018 r. w wymiarze 40h miesięcznie.		920 godz.	
2	Posiadane doświadczenia w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi na podstawie przedstawionych dokumentów (w latach): .....			

**Zakres nr 4: Porady Psychologa**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Cena brutto za godzinę ( w PLN )	Ilość	Łączna cena brutto za całość zamówienia ( w PLN )
1	Udzielanie konsultacji psychologicznych dla pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w okresie od 16 sierpnia 2016r do 30 czerwca 2018 r. w wymiarze 40h miesięcznie.		920 godz.	
2	Posiadane doświadczenia w pracy z osobami przewlekle chorymi lub starszymi na podstawie przedstawionych dokumentów (w latach): .....			

Ponadto oświadczam, że:

- Wykonam przedmiot zamówienia z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, etyki zawodowej z poszanowaniem praw pacjenta;
- Obliczona cena ofertowa uwzględnia wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, jakie będzie musiał ponieść Wykonawca, a w szczególności podatek VAT (jeśli dotyczy), a w przypadku osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej zawiera wszelkie pochodne od wynagrodzeń po stronie Zamawiającego (jeśli dotyczy).



3. Zapoznałem/am się z warunkami przeprowadzanego postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
4. Posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych
5. Jestem przeszkolona/y w zakresie bhp i p. poż.;
6. Uważam się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Akceptuję główne postanowienia umowy nie wnosząc uwag i zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w stosownych terminach.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć (*jeśli dotyczy*) i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy



Załącznik nr 3  
do zapytania ofertowego 01/DDOM/ZOK/2016

WYKAZ WYKONANYCH USŁUG / DOŚWIADCZENIA

Lp.	Rodzaj świadczonych usług, wykonywanej pracy (zwięźle, krótki opis)	Nazwa, adres i telefon Zamawiającego / Pracodawcy	Okres od-do

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć (jeśli dotyczy) i podpis osoby uprawnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy