Załącznik 1 do Zapytania ofertowego nr 6/POCHP/2023

OFERTA

Ja niżej podpisany(a), upoważniony(a) do reprezentowania Wykonawcy:

nazwa wykonawcy:	
adres:	
REGON:	
NIP:	
osoba do kontaktu:	
telefon kontaktowy:	
e-mail:	

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe 6/POCHP/2023 składam niniejszą ofertę na realizację usługi opracowania koncepcji prac naukowych dla nowych ścieżek opieki, realizowaną w ramach projektu *„Dofinansowanie projektu pilotażowego na przetestowanie modeli telemedycznych opracowanych w ramach predefiniowanego projektu dotyczącego polityki w zakresie telemedycyny i e-zdrowia - choroby przewlekłe POCHP*

Jednostka miary	Cena jednostkowa brutto (łącznie ze składkami pracodawcy, jeśli dotyczy) (zł)	Deklarowana maksymalna ilość godzin na wykonanie zamówienia	**Cena brutto za wykonanie zamówienia (zł)**
1	2	3	4=2 x 3
Godz.		62,5	

1. Oświadczam, iż wszystkie koszty zostały uwzględnione w oferowanej cenie, a dane zawarte w Ofercie i Oświadczeniach są zgodne z prawdą. Okres związania niniejszą ofertą wynosi 30 dni.
2. Uzyskałem/am od Zamawiającego wszelkie informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty.
3. Oświadczam, iż akceptuję warunki realizacji zamówienia określone w zapytaniu ofertowym stanowiącym podstawę niniejszej oferty i zobowiązuję się wykonać zamówienie w przypadku wyboru mojej oferty.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 4, 6, 7 i n. RODO w celach związanych z prowadzonym postępowaniem wyboru wykonawcy, publikacją wyników postępowania, zawarciem umowy i jej rozliczenia.

.....	.....	.....
(data i miejsce)	(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)	(Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Norway grants

Ministerstwo Zdrowia

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Ja niżej podpisany(a), upoważniony(a) do reprezentowania Wykonawcy:

nazwa wykonawcy:	
adres:	
REGON:	
NIP:	

składając ofertę w postepowaniu 6/POCHP/2023 oświadczam, że:

1. Wykonawca dysponuje/nie dysponuje* co najmniej jedną z osobą posiadającą stopień naukowy doktora oraz co najmniej jedną z osobą posiadającą doświadczenie nie krótsze niż 1 rok związane z przygotowaniem i/ lub realizacją działań zawierających opiekę nad pacjentem chorym na POCHP.
2. Wykonawca posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
3. Wykonawca posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym niezbędnym do realizacji zamówienia.
4. Wykonawca zapewni wszystkie materiały i urządzenia niezbędne do realizacji zamówienia
5. Wykonawca znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
6. Wykonawca nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.
7. Wykonawca będący osobą fizyczną nie został prawomocnie skazany za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.
8. Wspólnik spółki jawnej, partner lub członek zarządu spółki partnerskiej; komplementariusz spółki komandytowej oraz spółki komandytowo-akcyjnej; członek organu zarządzającego osoby prawnej nie został prawomocnie skazany za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.
9. Sąd nie orzekł wobec wykonawcy zakazu ubiegania się o zamówienia, na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

**Niepotrzebne skreślić*

.....	.....	.....
(data i miejsce)	(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)	(Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O BRAKU WYKLUCZENIA

Ja niżej podpisany(a), upoważniony(a) do reprezentowania Wykonawcy:

nazwa wykonawcy:	
adres:	
REGON:	
NIP:	

składając ofertę w postepowaniu 6/POCHP/2023 oświadczam, że:

1. Wykonawca nie jest podmiotem powiązanym z Zamawiającym osobowo ani kapitałowo, przez co rozumieć należy wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:
    a. uczestniczeniu 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 drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

2. Wykonawca nie podlega wyłączeniu z udziału w postępowaniu 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. poz. 835).

3. Wykonawca nie współpracuje z przedstawicielami reżimu rządzącego w Federacji Rosyjskiej lub Republice Białorusi, w szczególności: z przedstawicielami władz tych państw, jak również czołowymi przedsiębiorcami objętymi aktualnymi sankcjami, w tym unijnymi, opublikowanymi w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej („Przedstawiciele Reżimu") oraz że nie został wpisany na Listę osób i podmiotów prowadzoną przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, publikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa, wobec których stosowane są środki przewidziane ustawą 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego („Lista").

4. Wykonawca nie jest podmiotem kontrolowanym przez Przedstawicieli Reżimu.

5. Zamówienie finansowane przez Zamawiającego nie zostanie zrealizowane przez podmioty kontrolowane przez Przedstawicieli Reżimu i osoby bądź podmioty wskazane w Liście.

6. Wykonawca nie prowadzi działań biznesowych, przede wszystkim szeroko rozumianej dwustronnej wymiany handlowej z podmiotami kontrolowanymi przez Przedstawicieli Reżimu, nie prowadzi współpracy w ramach programów transgranicznych oraz współpracy partnerskiej z Przedstawicielami Reżimu.

.....	.....	.....
(data i miejsce)	(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)	(Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)