*Załącznik nr 1 do Zaproszenia*

…………………………………..

*pieczątka firmowa Wykonawcy*

**Stołeczne Centrum**

**Opiekuńczo -Lecznicze Spółka z o.o.**

**ul. Mehoffera 72/74**

**03-131 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Przedmiot postępowania:**

***Usługa ponownej certyfikacji Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z normą ISO 9001:2015 i nadzoru nad certyfikowanym Systemem w okresie ważności certyfikatu w zakładach opiekuńczo- leczniczych należących do SCOL Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74.***

**Dane Wykonawcy**

Pełna nazwa ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

Dokładny adres:

Miejscowość ………………………………………………………………………………..…………… kod pocztowy …………………

ul ……………………………………………………………………………………………………………………. tel. …………………………..

e-mail………………………………………………………………

Numer wpis do rejestru sądowego/ ewidencji działalności gosp. …………………………………………………….

NIP: …………………………………………

Regon: …………………………………….

Nr konta do umowy: …………………………………………………………………………………………………………………………….

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………

Adres: ………………………………………………………………………………………….……………..………….………

nr telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………..……

E-Mail: ………………………………………………………………………………………….…………………………….…

**OSOBA/OSOBY UPRAWNIONA/E DO REPREZENTOWANIA FIRMY ( ujawnione w rejestrze lub ewidencji bądź pełnomocnictwo)**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………………………..

pełniona funkcja ……………………………………………………………………………….……………..………….……………………

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Rodzaj usługi** | **Rok realizacji** | **Cena netto (PLN)** | **VAT (PLN)** | **Cena brutto (PLN)** |
| **1.** | Audit ponownej certyfikacji | 2019 |  |  |  |
| **2.** | Nadzór 1 | 2020 |  |  |  |
| **3.** | Nadzór 2 | 2021 |  |  |  |
|  | **Całkowita wartość zamówienia:****(Suma lat 2019, 2020, 2021)** |  |  |  |

**Całkowita wartość zamówienia:**

* cena netto: ………………....…..zł.,

 słownie:............................................................................................................................,

* podatek VAT: ……………………...zł.,

 słownie:...........................................................................................................................,

* cena brutto: ……………………...zł.

 słownie:...........................................................................................................................,

ustaloną w oparciu o ceny jednostkowe netto oraz podatek VAT, naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zapłata dokonana będzie w sposób określony w Umowie.

1. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie 36 miesięcy od daty zawarcia umowy.
2. Do niniejszej oferty załączamy:
3. Kosztorys szczegółowy usług z podziałem kosztów na poszczególne Zakłady Opiekuńczo- Lecznicze wchodzące w skład SCOL Sp. z o.o. (na formularzu własnym Wykonawcy)
4. Ogólne warunki certyfikacyjne / Politykę Jakości / Kodeks Etyczny / Zasady współpracy **\*** (na formularzach własnych Wykonawcy)
5. Aktualny odpisu z właściwego rejestru KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
6. Dokument potwierdzający akredytację naszej jednostki certyfikującej udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji.
7. Oświadczenie na potwierdzenie co najmniej sześcioletniego doświadczenia - co najmniej dwa cykle certyfikacji, w zakresie certyfikacji jednostek ochrony zdrowia wraz z wykazem certyfikowanych jednostek ochrony zdrowia (na formularzu Zamawiającego)

................................., dnia ................................

 .........................................................

 *pieczątka/i imienna/e i podpis/y upoważnionego/ych*

*przedstawiciela/i wykonawcy*

**\* niepotrzebne skreślić**

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z istotnych postanowień umownych, wzorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz warunkami przedmiotu zamówienia i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
2. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym i technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
3. Nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.
4. Uważam się związany niniejszą ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Okres płatności wynosi 30 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury do Zamawiającego.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Oświadczam, że wykonaliśmy certyfikacje Systemu Zarzadzania Jakością ISO 9001 według następującego zestawienia:

**Wykaz podmiotów leczniczych, u których Oferent przeprowadził certyfikację Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 w okresie co najmniej sześciu lat (co najmniej dwa cykle certyfikacji) w zakresie certyfikacji jednostek ochrony zdrowia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa podmiotu | Data uzyskania certyfikatu |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

................................., dnia ................................

 .........................................................

 *pieczątka/i imienna/e i podpis/y upoważnionego/ych*

*przedstawiciela/i wykonawcy*