Znak sprawy: ZP.2651.25.2024 Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

O F E R T A

**na usługę wykonywania czynności sanitariusza w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie**

1. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa / imię i nazwisko

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

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………….. *(kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo)*

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

NIP ……………………………………………………………………… REGON ………………………………………………………

Telefon ………………………………………………………………... e-mail ………………………………………………………..

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę brutt

…..**....................... PLN za 1 godzinę.**

 słownie: .......................................................................................................................zł (Wypełnić jedynie w przypadku odręcznego wypełnienia formularza).

Do ceny brutto za 1 godzinę, doliczone będą ewentualne składki, które ponosił będzie zamawiający.

1. Oświadczam, że posiadam doświadczenie zawodowe przedmiotu zamówienia:
* **minimum 3 miesiące – 40 pkt**
* **pon. 3 miesięcy lub brak – 0 pkt**
1. W okresie objętym umową zobowiązuję się do świadczenia usług w ilości **minimum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godzin/miesiąc.**

4. Oświadczam, że jestem:

* podmiotem leczniczym\*
* prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą\*
* osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej\*

5. Oświadczam, że od mojego wynagrodzenia **należy/nie należy\*** odprowadzić składki na ubezpieczenie społeczne, ponieważ **jestem/nie jestem\*** zatrudniony na podstawie umowy o pracę i utrzymuję wynagrodzenie miesięczne przekraczające kwotę najniższego wynagrodzenia. Pobieram emeryturę.

\*nieprawidłowe skreślić

6. Oświadczam, 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.

7. Oświadczam, że zapoznałem się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

 ………………...………………

podpis osoby uprawnionej