



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Załącznik nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

<p>..... (pieczęć Wykonawcy)</p>		
Nazwa Wykonawcy:		
Adres:		
Adres do korespondencji:		
e-mail:		
NIP:		
REGON:		
Telefon:		Faks:

Niniejszym, po zapoznaniu się z Zapytaniem ofertowym i jego załącznikami, przeprowadzanym w ramach Projektu: „Wielkopolska Onkologia: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno – epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014, Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz Ministerstwa Zdrowia na podstawie umowy o dofinansowanie nr 023/326/7/MFEOGNMF/2014/00/75/1164.

Oświadczam, że przedmiot zamówienia: wykonanie usługi polegającej na udzielaniu konsultacji dietetycznych podczas Akcji Zdrowotnych w poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej z Wielkopolski, opisany szczegółowo w Zapytaniu Ofertowym zobowiązuje się zrealizować w zakresie ustalonym w umowie za cenę ofertową:

1	2	3	4	5
	Wartość netto w zł	Stawka VAT %	Wartość VAT w zł	Cena w zł (2+4=5)
Wartość 1 Akcji				
Wartość zadania (max.33 Akcje)				

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55
tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21, fax. 61 852 94 72
www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

BIURO PROJEKTU:

Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań, tel. (61) 854 95 65, e-mail: wielkopolskaonkologia@skpp.edu.pl
Nr konta: Bank Handlowy w Warszawie SA Oddział w Poznaniu - 45 1030 1247 0000 0000 0663 3072



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Słownie: cena brutto zamówienia:.....

1. Oświadczam, że przedmiot zamówienia zostanie wykonany w wyznaczonym terminie.
2. Oświadczam, że akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy, a w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w obszarach związanych z realizacją projektu – strona internetowa projektu, dokumentacja projektowa, materiały informacyjne projektu. (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)."
4. Wraz z Formularzem ofertowym składam wymagane dokumenty:
 - a. KRS/wypis z ewidencji działalności gospodarczej* (*niepotrzebne skreślić)
 - b. **Załącznik nr 2a** z oświadczeniem Wykonawcy o braku powiązań
 - c. **Załącznik nr 3** Wzór umowy
 - d. **Załącznik nr 4** Dane osób, które realizować będą przedmiot zamówienia
 - e. **Załącznik nr 5** Wykaz realizacji zamówień o podobnym charakterze.

.....dn.

.....

(podpis osoby uprawnionej)

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55
tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21, fax. 61 852 94 72
www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

BIURO PROJEKTU:

**Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań, tel. (61) 854 95 65, e-mail: wielkopolskaonkologia@skpp.edu.pl
Nr konta: Bank Handlowy w Warszawie SA Oddział w Poznaniu - 45 1030 1247 0000 0000 0663 3072**



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Załącznik nr 2a

Oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań

<p>..... (pieczęć Wykonawcy)</p>	
Nazwa Wykonawcy	
Imię	
Nazwisko	

Oświadczam, że:

1. Nie uczestniczę w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Nie posiadam co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. Nie pozostaję 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 z Zamawiającym.

.....dn.

.....

(podpis osoby uprawnionej)



**Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego**
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu



MZ
Ministerstwo Zdrowia

ICELAND
LIECHTENSTEIN
NORWAY
**eea
grants**

**norway
grants**

WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

nasze objekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55
tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21, fax. 61 852 94 72
www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

BIURO PROJEKTU:

**Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań, tel. (61) 854 95 65, e-mail: wielkopolskaonkologia@skpp.edu.pl
Nr konta: Bank Handlowy w Warszawie SA Oddział w Poznaniu - 45 1030 1247 0000 0000 0663 3072**