**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**z dnia 28.04.2020r na wykonywanie** **usług w zakresie badań i konsultacji psychologicznych na zlecenie SPZOZ w Sławkowie**

ZAMAWIAJĄCY:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie**

**ul.PCK 3, 41-260 Sławków**

**NIP: 637-19-43-704**

Sporządził: Zatwierdził:

***Sławków dnia 28.04.2020r***

***Zapytanie ofertowe***

1.Nazwa przedmiotu zamówienia : **wykonywanie** **usług w zakresie badań i konsultacji psychologicznych na zlecenie SPZOZ w Sławkowie.**

2.Nazwa zamawiającego: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie 41-260, ul. PCK 3

3.Termin realizacji zamówienia: **lipiec 2020 – sierpień 2023**

4.Miejsce składania ofert: **SPZOZ Sławków ul. PCK 3,41-260 Sławków pokój nr 20 w godzinach od 7.00 do 14.00.**

5.Otwarcie ofert nastąpi w SPZOZ Sławków ul. PCK 3 w dniu  **08.05.2020r o godz.10.15**

6.Do składanej oferty należy dołączyć: **dokumenty potwierdzające kwalifikacje lub uprawnienia do wykonywania w/w usług, wypis z CEIDG .**

7.W ofercie należy podać **wartość zamówienia brutto słownie i liczbowo(podać cenę za wykonanie 1 badania, konsultacji zgodnie z zał. nr 1)**

8.Przekazanie oferty: **Do dnia 08.05.2020r do godz.10.00.**Ofertę należy przekazać w zabezpieczonej kopercie, podając nazwę i adres wykonawcy jak również adres zamawiającego.

Ofertę należy opatrzyć napisem: **Zapytanie ofertowe z dnia 28.04.2020r.**

**Oferta będzie ważna jeżeli zostanie przekazana e-mailem na adres** **slawkzoz@konto.pl**

**W przypadku przesyłania oferty na adres e-mail proszę o dołączenie skanów dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu.**

9.Osoba upoważniona do kontaktu Agata Grzebinoga nr telefonu **32 2609930** w godzinach od 8 do 14

**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

**-----------------------------------------------**

**(pieczęć adresowa firmy Oferenta)**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane oferenta:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres siedziby |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |

Część 1

 **Nawiązując do zapytania ofertowego z dnia 28.04.2020r składam następującą ofertę:**

1.konsultacja psychologiczna osoby wykonującej prace na stanowisku operatorskim -…………………zł

2. konsultacja psychologiczna osoby wykonującej prace na stanowisku kierowcy posiadającego prawo jazdy kat.B-……………..zł

3. konsultacja psychologiczna osoby wykonującej prace na stanowisku kierowcy wykonującemu transport drogowy zgodnie z wytycznymi ustawy z dnia 5 stycznia 2011r o kierujących pojazdami (z późn. zm), Ustawy z dnia 6 września 2001 o transporcie drogowym(z późn. zm), rozporządzeniem MZ z dn.8 lipca 2014r w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy- …………….zł

4.konsultacja psychologiczna dla jednej osoby wykonującej prace na stanowisku operatorskim oraz stanowisku kierowcy( konsultacja wykonana w tym samym dniu ) …………….zł

Część 2:

* 1. Oświadczam, że świadczenia udzielane będą w .........................................................................

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

(dokładny adres placówki).

* 1. Oświadczam, iż placówka, w której wykonywane będą badania czynna jest w dniach .............................. godz. ....................................................................................... i w tym terminie pacjenci będą mogli korzystać z usług objętych umową.

2.Niniejszym, oświadczam, że:

1.1.Zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego.

1.2.Posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę
i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń;

1.3.Dysponuję odpowiednią bazą sprzętową konieczną do wykonywania świadczeń objętych ofertą

1.4.Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

…................................................. data i podpis