**FORMULARZ OFERTOWY**

Nr sprawy: **1/KPO/2025**

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na:

Wykonanie kompleksowej usługi polegającej na opracowaniu wniosku aplikacyjnego wraz   
z załącznikami, wraz z przygotowaniem stosownych wyjaśnień i aktualizacji (na każdym etapie oceny wniosku) w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności – komponentu   
D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, Inwestycja D1.1.2 Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia (nabór konkurencyjny), przedkładamy niniejszą ofertę.

1. *Dane dotyczące Zamawiającego:*

**Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi**

**ul. Rzgowska 281/289**

**93-338 Łódź**

1. *Dane dotyczące Wykonawcy:*

Niniejsza oferta zostaje złożona przez\*:

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

*\* Dla każdego z Wykonawców wskazać (adres / NIP / Regon /).*

1. *Dane kontaktowe Wykonawcy*

*[wszelka korespondencja prowadzona będzie wyłącznie na n/w adres / adres e-mail]*

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba do kontaktów |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

1. CENA OFERTY

*[Cena brutto winna zawierać wszelkie koszty, jakie Wykonawca poniesie w związku z realizacją zamówienia.]*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa pakietu** | **Cena netto** | **Cena Brutto** |
| Część 1. | Wykonanie kompleksowej usługi polegającej na opracowaniu wniosku aplikacyjnego wraz  z załącznikami, wraz z przygotowaniem stosownych wyjaśnień i aktualizacji  (na każdym etapie oceny wniosku) |  |  |
| Część 2 | Rozliczanie projektu – opcja |  |  |

………………, dnia ………………… ............................................................................. pieczęć i podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

Uwaga:

1. Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upełnomocnione do reprezentowania firmy.
2. „Złożenie niniejszego zapytania ofertowego nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i otrzymanie w jego konsekwencji oferty nie jest równoznaczne ze złożeniem zamówienia przez Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi i nie stanowi podstawy do roszczenia praw wykonawcy do zawarcia umowy”.
3. Wykonawca w formularzu ofertowym w pozycji Część 2 wskazuje łączną kwotę za rozliczanie projektu od dnia podpisania umowy do dnia 30.06.2026 r.
4. Zapłata wynagrodzenia za usługę wskazaną w Część 1. nastąpi po podpisaniu umowy dofinansowania na projekt opisany we wniosku. Płatność będzie dokonana w terminie 60 dni od dnia podpisania umowy dofinansowania na projekt.
5. Decyzja o skorzystaniu przez Zamawiającego z opcji - Część 2 , zostanie przekazana Wykonawcy, w ciągu 10 dni roboczych po otrzymaniu decyzji o zakwalifikowaniu projektu do dofinansowania.
6. Zapłata za usługę wskazaną w części 2 nastąpi po podpisaniu umowy dofinansowania na projekt opisany we wniosku.
7. Płatności będą dokonywane miesięcznie w terminie 60 dni od dnia wystawienia faktury. Kwota miesięczna stanowić będzie iloraz łącznej zaoferowanej kwoty za pełnienie funkcji biura projektu podzielonej przez ilość miesięcy realizacji projektu.

Załączniki:

- ………………….