Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Oferenta:

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

…………………………………………………………………………………………………..nr tel. ………………………… nr fax.: ……………………email:……………………………

NIP……………………………………..REGON………………...…………………………….

Nawiązując do zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest przeprowadzenie badania sprawozdań finansowych sporządzonych za rok obrotowy 2019 i rok obrotowy 2020 Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, oraz sporządzenia sprawozdań z tych badań

– **oferujemy wykonanie usługi zgodnie z wymogami zapytania ofertowego   
za następującą cenę:**

1. Cena za przeprowadzenie badania sprawozdania finansowego zakładu sporządzonego  
   za rok obrotowy 2019 i sporządzenie sprawozdania z tego badania:

netto ……………………………... zł

podatek VAT………………(….%) zł

brutto………………………………zł

1. Cena za przeprowadzenie badania sprawozdania finansowego zakładu sporządzonego  
   za rok obrotowy 2020 i sporządzenie sprawozdania z tego badania:

netto ……………………………... zł

podatek VAT………………(….%)zł

brutto………………………………zł

1. Cena usługi łącznie:

netto ……………………………... zł

podatek VAT………………(….%)zł

brutto………………………………zł

Termin realizacji przedmiotu umowy:

1. wykonanie badania sprawozdania za rok 2019 w terminie do 20 kwietnia 2020r.  
   i przedłożenia sprawozdania wraz z raportem z tego badania w terminie   
   do 10 maja 2020r.,
2. wykonania badania sprawozdania za rok 2020 w terminie do 20 kwietnia 2021r.  
   i przedłożenia sprawozdania z tego badania w terminie do 10 maja 2021r.

Ponadto oświadczamy, iż:

1. kluczowy biegły rewident posiada doświadczenie w badaniu sprawozdań finansowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
2. zapoznaliśmy się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,
3. osoby które będą uczestniczyć w wykonaniu usługi w siedzibie zakładu posiadają doświadczenie  
   i uprawnienia do wykonania przedmiotu zamówienia,
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia jej złożenia,
5. nie powierzymy wykonania żadnej części niniejszej usługi podwykonawcom,
6. wszystkie osoby wskazane w ofercie będą brały bezpośredni udział w wykonaniu usługi w siedzibie Powiatowego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim  
   z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, 44-300 Wodzisław Śląski, ul. 26 Marca 51.

Miejscowość, data……………………………… ……………….………….………

Podpis osób/osoby upoważnionej