



**Załącznik nr 1 FORMULARZ OFERTY**

....., .....

(miejsowość)

(data)

**Udzielający zamówienie:**

**Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o. o.**

ul. Żelazna 90

01-004 Warszawa

**I. PRZYJMUJACY ZAMÓWIENIE:**

|  |  |
|--|--|
| Nazwa przyjmującego zamówienie /<br>Nazwisko i imię <i>(w przypadku osoby fizycznej)</i> :   |  |
| Adres:   |  |
| Telefon:   |  |
| REGON <i>(jeśli dotyczy)</i> :   |  |
| NIP <i>(jeśli dotyczy)</i> :   |  |
| Fax <i>(jeśli dotyczy)</i> :   |  |
| E-mail:  |  |
| Nr kontaktowy:   |  |
| Przyjmujący zamówienie składa swoją ofertę na część/części zgodnie ze wskazaniem w Tabeli 2. |  |



**Tabela 1. Wykaz psychologów, którzy będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia przez Przyjmującego zamówienie (podać taką liczbę psychologów, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych -świadczyć konsultację psychologiczną):**

| Lp. | Nazwisko i imię | Wykształcenie | Doświadczenie<br>(przedział/przedziały w<br>latach) | Dyspozycyjność<br>czasowa  |  |
|-----|-----------------|---------------|---|--|--|
| 1.  |                 |               |   | Dzień tygodnia:<br><input type="checkbox"/> poniedziałek<br><input type="checkbox"/> wtorek<br><input type="checkbox"/> środa<br><input type="checkbox"/> czwartek<br><input type="checkbox"/> piątek<br><input type="checkbox"/> sobota | Czas świadczenia:<br><input type="checkbox"/> do 3 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 5 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 8 godzin dziennie |
| 2.  |                 |               |   | Dzień tygodnia:<br><input type="checkbox"/> poniedziałek<br><input type="checkbox"/> wtorek<br><input type="checkbox"/> środa<br><input type="checkbox"/> czwartek<br><input type="checkbox"/> piątek<br><input type="checkbox"/> sobota | Czas świadczenia:<br><input type="checkbox"/> do 3 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 5 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 8 godzin dziennie |
| 3.  |                 |               |   | Dzień tygodnia:  | Czas świadczenia:  |

|    |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|
|    |  |  |  | <input type="checkbox"/> poniedziałek<br><input type="checkbox"/> wtorek<br><input type="checkbox"/> środa<br><input type="checkbox"/> czwartek<br><input type="checkbox"/> piątek<br><input type="checkbox"/> sobota                    | <input type="checkbox"/> do 3 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 5 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 8 godzin dziennie                      |
| 4. |  |  |  | Dzień tygodnia:<br><input type="checkbox"/> poniedziałek<br><input type="checkbox"/> wtorek<br><input type="checkbox"/> środa<br><input type="checkbox"/> czwartek<br><input type="checkbox"/> piątek<br><input type="checkbox"/> sobota | Czas świadczenia:<br><input type="checkbox"/> do 3 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 5 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 8 godzin dziennie |
| 5. |  |  |  | Dzień tygodnia:<br><input type="checkbox"/> poniedziałek<br><input type="checkbox"/> wtorek<br><input type="checkbox"/> środa<br><input type="checkbox"/> czwartek<br><input type="checkbox"/> piątek<br><input type="checkbox"/> sobota | Czas świadczenia:<br><input type="checkbox"/> do 3 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 5 godzin dziennie<br><input type="checkbox"/> do 8 godzin dziennie |



**Tabela 2. Wskazanie części zamówienia, o której udzielenie ubiega się Przyjmujący zamówienie, lokalizacja świadczenia konsultacji psychologicznych**

| Województwo łódzkie   | Województwo mazowieckie   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Czastary<br><input type="checkbox"/> Drzewica - Jelnia<br><input type="checkbox"/> Konstantynów Łódzki<br><input type="checkbox"/> Łódź Bałuty<br><input type="checkbox"/> Łódź Górna<br><input type="checkbox"/> Łódź Polesie<br><input type="checkbox"/> Łódź Śródmieście<br><input type="checkbox"/> Łódź Widzew<br><input type="checkbox"/> Piotrków Trybunalski<br><input type="checkbox"/> Poddębice<br><input type="checkbox"/> Skierniewice<br><input type="checkbox"/> Sieradz<br><input type="checkbox"/> Tomaszów Mazowiecki<br><input type="checkbox"/> Tuszyn<br><input type="checkbox"/> Wolbórz | <input type="checkbox"/> Karczew<br><input type="checkbox"/> Legionowo<br><input type="checkbox"/> Lelis<br><input type="checkbox"/> Milanówek<br><input type="checkbox"/> Mińsk Mazowiecki<br><input type="checkbox"/> Ostrów Mazowiecka<br><input type="checkbox"/> Otwock<br><input type="checkbox"/> Ożarów Mazowiecki<br><input type="checkbox"/> Piaseczno<br><input type="checkbox"/> Radom<br><input type="checkbox"/> Stare Babice<br><input type="checkbox"/> Sulejówek<br><input type="checkbox"/> Warka<br><input type="checkbox"/> Warszawa Bemowo<br><input type="checkbox"/> Warszawa Białolęka, Targówek<br><input type="checkbox"/> Warszawa Bielany, Żoliborz<br><input type="checkbox"/> Warszawa Praga-Południe, Praga-Północ, Rembertów, Wawer, Wesola<br><input type="checkbox"/> Warszawa Śródmieście, Mokotów<br><input type="checkbox"/> Warszawa Ursus, Włochy, Ochota<br><input type="checkbox"/> Warszawa Ursynów, Wilanów<br><input type="checkbox"/> Warszawa Wola<br><input type="checkbox"/> Wołomin<br><input type="checkbox"/> Zwolen |

II. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem Umowy, który stanowi Załącznik nr 2 do ogłoszenia i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia Umowy na określonych w tym załączniku warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu.

....., .....  
(miejsowość) (data) (czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)

### OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW

Działając w imieniu Przyjmującego zamówienie, niniejszym oświadczam, że osoby wymienione w *Wykazie psychologów, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia* przez Przyjmującego zamówienie spełniają co najmniej minimalne kryteria przedstawione w punkcie 8.1 Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

....., .....  
(miejsowość) (data) (czytelny podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych)