|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa Oferenta:* |  |
| *Adres Oferenta (w tym adres korespondencyjny, jeżeli dotyczy:* |  |
| *Osoba upoważniona do kontaktów:* |  |
| *Dane kontaktowe (telefon, e-mail):* |  |

**OFERTA**

**Do**

**Gminy Stare Babice**

**ul. Rynek 32**

**05-082 Stare Babice**

Odpowiadając na ogłoszenie Wójta Gminy Stare Babice o konkursie ofert na realizację „Programu opieki nad kobietą w ciąży i jej rodziną w Gminie Stare Babice” w 2019 roku, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu:

1. Oferujemy wykonanie jednego kursu (cyklu szkoleniowego) w cenie:

brutto ………………… zł (słownie: ………..…………………………………………...………….… zł);

dodatkowo przeprowadzone zostaną działania promujące program, których koszt wyniesie ……………………...…….. zł brutto (słownie: …………………...……. zł).

*W przypadku przekroczenia kosztów na realizację jednego kursu szkoleniowego i ceny całkowitej, o których mowa w „Programie opieki nad kobietą w ciąży i jej rodziną Gminie Stare Babice” na lata 2017-2020 przyjętym uchwałą nr XXII/210/16 Rady Gminy Stare Babice z dnia 29 września 2016 roku i zmienionym uchwałą nr VII/51/2019 Rady Gminy Stare Babice z dnia 28 marca 2019 roku – oferta zostanie odrzucona.*

1. Informujemy, że kursy stanowiące przedmiot konkursu będziemy realizować w *(wskazać nazwę i adres placówki, w której będzie zlokalizowane pomieszczenie)*: …….……………………………………...

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

1. Oświadczamy, że:
2. Zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert jak i z treścią „Programu opieki nad kobietą w ciąży i jej rodziną w Gminie Stare Babice” i zrealizujemy usługę zgodnie z wymaganiami w nich zawartymi.
3. Spełniamy kryteria i wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie i „Programie opieki nad kobietą w ciąży i jej rodziną w Gminie Stare Babice” w zakresie kadry i personelu medycznego, wymaganego sprzętu i materiałów dydaktycznych, pomieszczenia do prowadzenia zajęć i innych określonych w ww. dokumentach.
4. W ramach realizacji programu przewidujemy uczestnictwo w nim następujących osób:
5. ………………………………………….. – położna,
6. ………………………………………….. – ratownik medyczny,
7. ………………………………………….. – psycholog,
8. ………………………………………….. – lekarz [neonatolog](https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwid2NTlkvbQAhWF1BoKHVzMAXcQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fpolki.pl%2Fzdrowie%2Fslownik%2Cneonatolog%2C15667%2Cslowo.html&usg=AFQjCNHaScKh4RKyoou_dCiUXAFn7Iisxw&cad=rja) lub lekarz pediatra.
9. Akceptujemy zawarty w materiałach konkursowych wzór umowy i w przypadku wygrania konkursu zobowiązujemy się do podpisania umowy według tego wzoru w terminie i w miejscu wskazanym przez Organizatora konkursu.
10. W przypadku podpisania z nami umowy rozpoczniemy realizację programu od daty zawarcia umowy i będziemy go realizować do 15 grudnia 2019 r. Harmonogram realizacji programu zostanie ustalony po zawarciu umowy, a terminy poszczególnych kursów będą zależne od ilości osób chętnych.
11. W załączeniu przedkładamy:
12. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
13. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu medycznego i kadry przewidzianej do realizacji przedmiotu konkursu.

 ………………………………………… …………………………………………

 /miejscowość i data/ /pieczęć i podpis osoby uprawnionej/