**Załącznik nr 1 – Formularz oferty**

Wykonawca/ pieczątka:

|  |
| --- |
|  |

Firma Wykonawcy:………………………………………………

Adres Wykonawcy:…………………………………………………. ..................... dn. ..................

NIP .............................................

REGON.........................................

**OFERTA**

W odpowiedzi na Zaproszenie do złożenia ofert w postepowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na zapewnienie opieki medycznej pracownikom oraz członków rodzin pracowników Krakowskiego Parku Technologicznego sp. z o.o. My niżej podpisani działając w imieniu: .............................................................................

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

Oferujemy wykonanie zamówienia za

**Cena netto 1 pakietu indywidualnego: ........................................**

**(słownie:.........................................................).**

**Cena brutto 1 pakietu indywidualnego: ........................................**

**(słownie:.........................................................).**

**Cena netto 1 pakietu rodzinnego: ........................................**

**(słownie:.........................................................).**

**Cena brutto 1 pakietu rodzinnego: ........................................**

**(słownie:.........................................................).**

1. Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się z Zaproszeniem wraz z załącznikami i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń.
2. **Oświadczam(y), iż cena pakietów pozostanie niezmienna przez cały okres trwania zamówienia (przez cały okres obowiązywania umowy).**
3. Oświadczam(y), że uzyskałem(liśmy) wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. Zobowiązuję(jemy) się do wykonania przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w Zaproszeniu.
5. Załączamy następujące dokumenty: ………………………………………………………………….

PODPIS(Y)

Osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

Załącznik do Oferty:

Tabela dla kryterium: „dostępność świadczeń medycznych”

|  |  |
| --- | --- |
| Ilość placówek medycznych wykonawcy (rozumiane jako placówki zarządzane przez wykonawcę albo podmiot, w którym wykonawca posiada udziały lub akcje albo podmiot, z którym wykonawca posiada podpisaną umowę franchisingową określającą standard i warunki świadczenia usług medycznych) (wskazanie ilości placówek oraz ich lokalizacji) – **maksymalnie 8 pkt, procentowy udział od najwyżej ocenionej** | liczba placówek oraz ich lokalizacja: |
| Lokalizacja placówek medycznych wykonawcy (rozumiane jako placówki zarządzane przez wykonawcę albo podmiot, w którym wykonawca posiada udziały lub akcje albo podmiot, z którym wykonawca posiada podpisaną umowę franchisingową określającą standard i warunki świadczenia usług medycznych) w poszczególnych częściach Krakowa: |
| Część centralna - dzielnice administracyjne Krakowa I, II, V – **2 pkt w formule spełnia/nie spełnia** | spełnia/nie spełnia\* |
| Część wschodnia – dzielnice administracyjne Krakowa III,XIV,XV, XVII, XVIII – **2 pkt w formule spełnia/nie spełnia** | spełnia/nie spełnia\* |
| Część zachodnia – dzielnice administracyjne Krakowa IV,V,VI, VII – **2 pkt w formule spełnia/nie spełnia** | spełnia/nie spełnia\* |
| Część południowa – dzielnice administracyjne Krakowa VIII, IX, X,XI,XII, XIII – **2 pkt w formule spełnia nie spełnia** | spełnia/nie spełnia\* |
| Posiadanie dedykowanego dla pacjentów systemu informatycznego umożliwiającego umawianie wizyt w formie online oraz umożliwiającego odbycie e-wizyty (wyłącznie z wykorzystanie form bezpośredniego komunikowania się na odległość z wykorzystanie narzędzi informatycznych) **- 6 pkt w formule spełnia/nie spełnia** | spełnia/nie spełnia\* |
| Posiadanie dedykowanego dla pacjentów systemu informatycznego z możliwością podglądu informacji o odbytych wizytach oraz wynikach badań - **6 pkt w formule spełnia/nie spełnia** | spełnia/nie spełnia\* |
| Wystawianie recept refundowanych **– 2 pkt w formule spełnia/nie spełnia** | spełnia/nie spełnia\* |

\*nie potrzebne skreślić

PODPIS(Y)

Osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

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

Data: ...............................................................