**Załącznik nr 1**

**OFERTA**

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

nazwa Wykonawcy

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

adres

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

Regon/NIP

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

telefon, faks, e-mail

 **Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.**

**ul Powstania Styczniowego 1**

**81-519 Gdynia**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia na: „ Świadczenie usług wzakresie uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR-R i typu IOR-3 oraz Pełnomocnika ds. Kontroli Jakości w Rentgenodiagnostyce w Szpitalach Pomorskich Sp. z o. o. w lokalizacjach:

### **- przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia – Szpital Morski im. PCK – w zakresie Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR-R i typu IOR-3 oraz w zakresie Pełnomocnika ds. Kontroli Jakości w Rentgenodiagnostyce,**

### **- przy ul. Wójta Radtkego 1 w Gdyni – Szpital św. Wincentego a Paulo – w zakresie Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR-R oraz w zakresie Pełnomocnika ds. Kontroli Jakości w Rentgenodiagnostyce,**

**- przy ul. Smoluchowskiego 18, Gdańsk - Centrum Medyczne Smoluchowskiego – Gdańsk - w zakresie Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR-R -** obejmujących sprawowanie wewnętrznego nadzoru nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej u Zamawiającego, w szczególności w zakresie wynikającym z art. 7² ustawy z dnia 29 listopada 2000r. Prawo atomowe (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz.1173 ) i przepisami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie**.”**

1. SKŁADAM OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Zapytaniu, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:
2. Cena brutto wykonania zamówienia w formie miesięcznego wynagrodzenia ryczałtowego:

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

 2) Cena brutto wykonania zamówienia w okresie trwania umowy :.......................................zł brutto

 (słownie złotych : .............................................................................................................................. zł brutto

1. Jednocześnie oświadczam, że:
2. zapoznałam/em się i akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w Zapytaniu,
3. uzyskałam/em wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
4. posiadam wiedzę, doświadczenie i środki techniczne niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia osobiście\*/ dysponuję osobami uprawnionymi do wykonywania świadczeń objętych zapytaniem ofertowym, tj. personelem posiadającym uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej typu IOR - R. i typu IOR-3 oraz uprawnienia Pełnomocnika ds. Kontroli Jakości w Rentgenodiagnostyce, oraz certyfikat Ochrony Radiologicznej Pacjenta\* .
5. Potwierdza dyspozycyjność/dostępność do świadczenia usług zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego wskazanym w ustalonym przez niego harmonogramie i w związku z tym oferuję miesięczną liczbę godzin świadczenia usług w ramach przedmiotu zamówienia :

- nie mniej niż minimum ..............godzin

- maksymalnie nie więcej niż ............. godzin, w tym praca zdalna pod warunkiem zapewnienia ciągłości i dostępności świadczenia usług będących przedmiotem umowy, bez względu na okoliczności.

1. w przypadku wyboru złożonej przez mnie oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy z Zamawiającym.
2. termin związania ofertą wynosi 30 dni.

\*niepotrzebne skreślić

 ……………………………………… …………………………………….

 ( data ) ( pieczątka, podpis )