*Załącznik nr 1 – Formularz Oferty (zawiera łącznie 2 strony)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**dotyczy postępowania na udzielenie zamówienia zgodnie z zasadą konkurencyjności  
w zakresie wyboru lokalu w obszarze administracyjnym Miasta Bydgoszcz  
na prowadzenie działalności określonej w projekcie  
„Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego  
w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opiekę domową”**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  |
| Adres Oferenta |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe ogłoszone przez Pallmed sp. z o. o. z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Roentgena 3, oświadczam, że spełniam wymagania stawiane Oferentowi w niniejszym zapytaniu ofertowym i składam ofertę poniższej treści na wynajem lokalu w celu prowadzenia w nim przez Pallmed sp. z o. o. działalności określonej w projekcie „Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opiekę domową”:

**Ramowy termin realizacji zamówienia:** 01.07.2019r. - 31.12.2020r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres rzeczowy** | **Zakres szczegółowy** | **Spełnia „T”, nie spełnia „N”** |
| Dostosowanie pomieszczeń dla osób niesamodzielnych i starszych | Spełnienie warunków określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą |  |
| Pomieszczenia sanitarne i socjalne | Szatnia |  |
| Toalety dla pacjentów – odrębne dla kobiet, mężczyzn oraz personelu |  |
| Łazienka z umywalką, prysznicem i krzesełkiem wraz z uchwytami oraz toaletą |  |
| Pomieszczenie na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny |  |
| Pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową |  |
| Pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku |  |
| Pomieszczenia udzielania świadczeń | Dyżurka lekarska i pielęgniarska |  |
| Gabinet diagnostyczno-zabiegowy |  |
| Gabinet pracy psychologa |  |
| Pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej |  |
| Pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia |  |
| Pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym |  |
| Pomieszczenie do rehabilitacji leczniczej |  |
| Pomieszczenie dla chorych częściowo leżących z co najmniej 2 łóżkami, szafką przyłóżkową oraz umywalką |  |

Szczegółowy opis wymagań dotyczący zaplecza dziennego domu opieki medycznej znajduje się  
w *Standardzie dziennego domu opieki medycznej* z września 2017 roku, w punkcie X, stanowiącym *Załącznik nr 3.*

Ilość pomieszczeń obejmujących wynajmowany lokal: ……………………………………

Powierzchnia ( m²) obejmująca wynajmowany lokal: ………………………………………

Cena netto za m² wynajmowanego lokalu: ………………………………………………………….

Adres lokalu oferowanego do wynajmu:  
85 - ……….. Bydgoszcz, ul. …………………………………………………………………………………………..  
Ilość miejsc parkingowych dedykowanych Zamawiającemu: …………………………

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w formularzu oferty są zgodne z prawdą.

…………………………………………………………….

*miejscowość, data i podpis osoby/osób*

*uprawnionych do podejmowania decyzji*

*w imieniu Wynajmującego*