**OFERTA**

na wykonanie usługi, polegającej na badaniu sprawozdań finansowych za 2019 i 2020 rok oraz sporządzeniu pisemnych sprawozdań z przeprowadzonych badań wraz z opinią i raportem, dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod nazwą:

1. **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie, ul. Kościuszki 96, 64-700 Czarnków;**
2. **Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance, ul. Sikorskiego 9, 64-980 Trzcianka.**

Nazwa podmiotu ......................................................................................................................................................

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

Siedziba podmiotu ....................................................................................................................................................

tel/fax ........................................... e-mail………………………………………………………………………..

W odpowiedzi na zaproszenie, składający ofertę w postępowaniu, którego przedmiotem jest przeprowadzenie badania sprawozdań finansowych za rok obrotowy 2019 i 2020 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Powiat Czarnkowsko-Trzcianecki, oferuje realizację przedmiotu zamówienia na zasadach określonych w zaproszeniu za cenę:

1. **Dla Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie:**

- za 2019 rok cena brutto ………………………………………złotych

w tym podatek VAT………....%, tj. ………………………….złotych

- za 2020 rok cena brutto ………………………………………złotych

w tym podatek VAT………....%, tj. ………………………….złotych

1. **Dla Szpitalu Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance**

- za 2019 rok cena brutto ………………………………………złotych

w tym podatek VAT………....%, tj. ………………………….złotych

- za 2020 rok cena brutto ………………………………………złotych

w tym podatek VAT………....%, tj. ………………………….złotych

**Cena brutto całej usługi za lata 2019 i 2020 wynosi ........................................................... zł,   
w tym VAT ....................................zł.**

Cena oferty zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

Jednocześnie oświadczam/my, że:

1. Posiadamy uprawnienia do wykonania działalności będącej przedmiotem zamówienia
2. Posiadamy niezbędną; wiedzę, doświadczenie i kadrę, zapewniające prawidłowe wykonanie zamówienia, oraz że zamówienie zostanie zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w zaproszeniu, zgodnie ze złożoną przez nas ofertą.
3. Badanie zostanie przeprowadzone zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 351) przepisami ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz.U. z 2019 poz.1421 z poz. zm. z dnia 30.07.2019r.), Krajowymi Standardami Rewizji Finansowej oraz zasadami etyki zawodowej biegłych rewidentów.
4. Zapoznaliśmy się z treścią zaproszenia do złożenia oferty i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
5. W przypadku wyboru naszej oferty, w razie konieczności, zobowiązujemy się do obecności na posiedzeniu Zarządu Powiatu, właściwych Komisjach Rady oraz sesji Rady Powiatu Czarnkowsko-Trzcianeckiego, na której zostanie podjęta uchwała w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie i Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance, jak również do udzielenia wszelkich wyjaśnień, co do sporządzonego raportu.

Załączniki:

1. Informacja o formie prowadzonej działalności oraz aktualny odpis z właściwego rejestru   
   lub aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione   
   nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania informacji.
2. Kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru biegłych rewidentów, wpisie na listę podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz informacja o liczbie zatrudnionych biegłych rewidentów.
3. Wykaz podmiotów badanych w latach ubiegłych ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów leczniczych.
4. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej, że firma audytorska jest ubezpieczona   
   od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności wraz z dowodem opłacenia składki.
5. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

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

(miejscowość i data) (podpis)