

Sopot, dnia 11.12.2018 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

na usługę administracji w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz SPZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie.

I. Informacje wstępne:

Nazwa i adres Zamawiającego:

- 1) Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, ul. Bolesława Chrobrego 10, 81-756 Sopot.
- 2) Jednostka organizacyjna Zamawiającego prowadząca postępowanie: Dział Techniczny
- 3) Godziny urzędowania: od poniedziałku do piątku od 7:30 do 15:30.
- 4) Adres strony internetowej: www.msprsopot.pl.
- 5) Adres poczty elektronicznej: info@msprsopot.pl.
- 6) Tel. 58 555-81-03; fax 58 555-81-06.

Tryb udzielenia zamówienia:

1. Postępowanie o udzielenie niniejszego zamówienia ofertowego prowadzone jest w trybie zapytania ofertowego na podstawie wewnętrznych przepisów w SPZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie.
2. Zamawiający zastrzega sobie:
 - 1) Prawo do zamknięcia postępowania albo jego części bez dokonywania wyboru którejkolwiek z ofert bez podania przyczyny na każdym etapie prowadzonego postępowania. Z tytułu zamknięcia postępowania o zamówienie Wykonawcy nie przysługuje żadne roszczenie wobec Zamawiającego.
 - 2) Prawo do unieważnienia całości postępowania o zamówienie lub części, jeżeli: nie wpłynęła żadna ważna oferta, wystąpiły okoliczności, w których udzielenie zamówienia nie leży w interesie Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, nie ma możliwości finansowania zamówienia, w szczególności najkorzystniejsza oferta przewyższa kwotę przeznaczoną na zakup i nie przyznano dodatkowych środków finansowych, postępowanie o zamówienie doprowadziłoby do zawarcia umowy dotkniętej nieważnością w całości lub części.
 - 3) że jedynym sposobem przyjęcia oferty i dokonania zakupu jest zawarcie umowy na piśmie. Żadna informacja i deklaracja ze strony Zamawiającego przekazana na etapie przygotowania i prowadzenia postępowania nie stanowi obietnicy lub zobowiązania do zawarcia umowy,
 - 4) prawo do doprecyzowania lub zmiany wymagań technicznych i jakościowych dotyczących przedmiotu zamówienia oraz warunków realizacji zamówienia w trakcie postępowania.

II. Opis przedmiotu zamówienia:

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa administracji w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz SPZZOZ Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie.
2. W ramach przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest w szczególności do:
 - a) prowadzenia elektronicznej ewidencji świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w ramach umów z POW NFZ z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz ortopedii i traumatologii;
 - b) aktualizowania danych Administratora (Zlecniodawcy) zawartych w portalu świadczeniobiorcy POW NFZ na pisemny wniosek jego Dyrektora;
 - c) przygotowywania wniosków oraz formularzy ofertowych na konkursy ofert ogłaszane przez POW NFZ na podstawie kompletnych danych dostarczanych przez Administratora (Zlecniodawcę);
 - d) szkolenia pracowników w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej i e-zwolnień lekarskich;
 - e) uaktualnienia danych do wydruków z kasy fiskalnej, weryfikacji kodów, nadzoru nad prawidłowymi wydrukami z kasy fiskalnej, sprawdzania dziennych i miesięcznych raportów;
 - f) przestrzegania terminu obowiązkowego przeglądu technicznego kasy fiskalnej,
 - g) wystawiania faktur za świadczenia medyczne w ramach umowy z NFZ,
 - h) szkolenia personelu z zakresu przepisów realizacji świadczeń refundowanych przez NFZ,
 - i) pełnienie nadzoru nad prawidłowymi kolejkami oczekujących w AP-KOLCE i pozostałych,
 - j) czynnego udziału w kreowaniu polityki cenowej (np. Urologia z UM Sopot) ,
 - k) przygotowywaniu zestawień i statystyk,
 - l) reprezentowaniu MSPR z P. w Sopocie przed POW NFZ na podstawie upoważnienia,
 - m) prowadzenie korespondencji pomiędzy MSPR a POW NFZ ,
 - n) pomoc techniczna z zakresu obsługi komputera i oprogramowania komputerowego.
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określa projekt umowy stanowiący Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.
4. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania oferty wariantowej.
5. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
6. KOD CPV:

75122000-7 Usługi administracji w zakresie opieki zdrowotnej.

III. Termin obowiązywania umowy.

Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. od dnia **01.01.2019 r. do 31.12.2020r.**

IV. Warunki uczestnictwa w postępowaniu.

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu, dotyczące zdolności technicznej lub zawodowej określone przez Zamawiającego w niniejszym Zapytaniu ofertowym i ogłoszeniu o zamówienie.
2. Określenie warunków udziału w zapytaniu ofertowym:
 - 1) Wykonawca spełni warunek udziału w zapytaniu ofertowym dotyczącym zdolności technicznej lub zawodowej, o którym mowa w rozdziale IV ust. 1 jeżeli wykaże, że:
 - a) Wykonywał w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres

prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, przez min. 1 rok usługę polegającą na administracji w zakresie opieki zdrowotnej.

3. Wykonawca potwierdzi spełnienie warunków udziału w postępowaniu poprzez złożenie oświadczenia stanowiącego **załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**. Brak złożenia oświadczenia Zamawiający uzna jako nie spełnienie warunków udziału w postępowaniu przez Wykonawcę i tym samym wykluczy Wykonawcę z dalszej części postępowania ofertowego.

V. Zasady, termin i miejsce składania ofert.

1. Wykonawca składa jedną ofertę, która odpowiada Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Ofertę należy sporządzić w sposób czytelny, w języku polskim z zachowaniem formy pisemnej.
3. Wykonawca składa ofertę na własny koszt i ryzyko tzn. ponosi wszelkie konsekwencje oraz koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Oferta musi być podpisana przez osobę (osoby) uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy- uprawnienie to powinno wynikać z dokumentów wymaganych w niniejszej zapytaniu ofertowym (pkt V 5, 1) zapytania ofertowego). W przypadku działania Wykonawcy przez pełnomocników, należy dołączyć do oferty pełnomocnictwo.

W przypadku, gdy oferta Wykonawcy będącego spółką cywilną nie jest podpisana przez wszystkich wspólników, zaleca się dołączenie do oferty dokumentów potwierdzających umocowanie tych wspólników do dokonywania czynności w imieniu spółki z pominięciem pozostałych wspólników np.: umowę spółki, uchwałę wspólników.

5. Ofertę należy sporządzić wg Formularza oferty (załącznik nr 3 do zapytania ofertowego) wraz z wymaganymi załącznikami tj.:

1) Dokumentami potwierdzającymi umocowanie do złożenia oferty w tym:

- a) w przypadku osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej - aktualny odpis z właściwego rejestru w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego,
- b) w przypadku przedsiębiorcy, który podlega wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej - wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- c) w przypadku działania Wykonawcy przez pełnomocników oprócz dokumentów, o których mowa w pkt a i b również pełnomocnictwo. Pełnomocnictwo winno określać jego zakres i być udzielone przez Wykonawcę lub osobę/y umocowane do wykonywania określonej czynności.
- d) **Do oferty należy załączyć oświadczenie potwierdzające spełnienie warunków uczestnictwa w postępowaniu, którego wzór stanowi załącznik nr 2.**

6. Wykonawca zwolniony jest z załączania do oferty dokumentów, o których mowa w pkt 5.1 lit. a) lub b) o ile Zamawiający może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352).

7. Ofertę można złożyć:

- a) Osobiście w sekretariacie Zamawiającego tj. **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, ul. Bolesława Chrobrego 10, 81-756 Sopot w godzinach 08.00-15.00** w zamkniętej i nienaruszonej kopercie. Koperta powinna być opieczątowana nazwą i adresem Zamawiającego oraz posiadać dopiski „Oferta na usługę polegającą na administracji w zakresie opieki zdrowotnej”.
 - b) Za pomocą poczty tradycyjnej na adres: **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, ul. Bolesława Chrobrego 10, 81-756 Sopot** w zamkniętej i nienaruszonej kopercie. Koperta powinna być opieczątowana nazwą i adresem Zamawiającego oraz posiadać dopiski „Oferta na usługę polegającą na administracji w zakresie opieki zdrowotnej”.
8. Jako ważne, uznaje się wyłącznie oferty, które wpłynęły przed wyznaczonym w zapytaniu ofertowym terminem składania ofert.
 9. Błędy mogą być poprawiane przez Wykonawcę z utrzymaniem czytelności poprawionych wyrażań lub liczb. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
 10. Wykonawca może **przed upływem terminu do składania ofert** zmienić lub wycofać ofertę. W takim przypadku należy powiadomić o tym pisemnie Zamawiającego, składając zmiany lub powiadomienie o wycofaniu oferty według takich samych zasad jak składanie oferty, tj. z informacją „**zmiana oferty**” lub „**wycofanie oferty**”. W przypadku wycofania lub zmiany oferty przez Wykonawcę, „nowa oferta” winna zawierać komplet dokumentów zgodnie z zapytaniem ofertowym.
 11. W przypadku złożenia oferty za pomocą poczty tradycyjnej Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za otwarcie oferty w przypadku nieprawidłowego oznaczenia na kopercie. W takim przypadku oferta zostanie niezwłocznie zwrócona do Wykonawcy.
 12. Jeżeli w postępowaniu ofertowym, nie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały złożone oferty, które uzyskały taką samą ilość punktów w oparciu o Kryteria oceny ofert, Zamawiający wzywa potencjalnych Wykonawców, którzy złożyli takie oferty, do złożenia ofert dodatkowych. Wezwani Wykonawcy mają prawo złożyć nową ofertę z jednym zastrzeżeniem: cena nie może być wyższa od poprzednio podanej. Jeżeli sytuacja podczas składania ofert dodatkowy powtórzy się, wówczas Zamawiający unieważni zapytanie ofertowe.
 13. Zamawiający ma prawo wezwać Wykonawcę do niezwłocznego usunięcia błędów lub uzupełnienia braków w ofercie. Brak reakcji ze strony Wykonawcy, odmowa usunięcia błędów lub uzupełnienia braków może stanowić podstawę do odrzucenia oferty.
 14. Oferta podlega odrzuceniu w przypadku, gdy:
 - 1) wpłynęła do Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie po terminie składania ofert określonym w zapytaniu ofertowym,
 - 2) wykonawca nie spełnia warunków udziału w postępowaniu lub nie złożył wymaganego oświadczenia,
 - 3) treść oferty nie odpowiada treści zapytania ofertowego,
 - 4) oferta nie posiada własnoręcznego podpisu.
 15. Termin, w którym oferta jest wiążąca dla Wykonawcy wynosi 30 dni.

16. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego tj. w **Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, ul. Bolesława Chrobrego 10, 81-756 Sopot** w dniu **14.12.2018r. o godz. 10:15.**

17. **Ofertę należy złożyć:**

- w **Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, ul. Bolesława Chrobrego 10, 81-756 Sopot, pokój 115 (sekretariat)**, w terminie **do dnia 14.12.2018r. do godziny 10:00.**

VI. Kryteria oceny ofert oraz opis sposobu obliczenia ceny.

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie kierować się następującymi kryteriami:

Kryterium - Liczba punktów (waga):

Cena - 100%

Punkty zostaną obliczone według następującego wzoru:

Cena brutto oferty najtańszej

----- x 100 = ilość punktów.

Cena brutto oferty badanej

Punkty w kryterium cena zostaną zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z największą liczbą punktów. Maksymalna ilość punktów, którą można osiągnąć – po przeliczeniu ilości punktów przyznanych za kryterium cena, wynosi 100.

2. Cenę oferty, za wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z projektem umowy oraz zapytaniem ofertowym należy przedstawić w formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.
3. Cena oferty wskazana w Formularzu oferty ma być wyrażona w PLN zgodnie z polskim systemem płatniczym, z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku.
4. Walutą rozliczeniową jest PLN. Zamawiający nie dopuszcza rozliczeń w żadnej obcej walucie.
5. Zamawiający poprawi oczywiste omyłki rachunkowe w ofercie pierwotnej, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek.

VII. Określenie warunków zmian umowy

1. Zamawiający dopuszcza możliwość wprowadzenia istotnych zmian postanowień umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Wykonawcy.
2. Zmiany będą mogły być wprowadzone do umowy między innymi w zakresie:
 - a) zmian w zakresie warunków umowy oraz sposobu jej realizacji ze względu na zmiany regulacji prawnych obowiązujących w dniu zawarcia umowy.
 - b) wystąpienia zdarzenia nieprzewidywalnego, losowego występującego po podpisaniu umowy, a powodujące niemożliwość wywiązania się z umowy w jej obecnym brzmieniu.
3. Nie dopuszcza się przenoszenia jakichkolwiek praw lub obowiązków, w części lub całości, wynikających z niniejszej umowy, w tym wierzytelności, bez zgody drugiej strony wyrażonej na piśmie, pod rygorem nieważności.

4. Wykonawca jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Zamawiającego o zmianie adresu lub osobie do kontaktu. W razie nie powiadomienia o zmianie adresu lub osoby do kontaktu, zlecenie wysłane przez Zamawiającego na ostatni znany adres lub adres e-mail osoby wyznaczonej do kontaktu uważa się za dokonane.

VIII. Opis sposobu komunikowania się z Wykonawcami.

1. W niniejszym postępowaniu wszelkie zawiadomienia, informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują: pisemnie lub drogą elektroniczną.
2. **Adres do korespondencji:**
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie,
ul. Bolesława Chrobrego 10, 81-756 Sopot
Zadawanie pytań: adres poczty elektronicznej: s.kurczewska@msprsopot.pl
3. Osobą uprawnioną do kontaktów z potencjalnymi Wykonawcami jest: Sylwia Kurczewska, tel. 609 680 992.

IX. Zasady i termin zadawania pytań.

1. Wykonawcy mają prawo zadawania pytań dotyczących zapytania ofertowego oraz warunków i przedmiotu zamówienia.
2. Wszelkie kontakty pomiędzy Wykonawcą, a Zamawiającym powinny odbywać się w sposób określony w pkt VIII zapytania ofertowego.
3. Komunikację z Wykonawcami prowadzi się poprzez zamieszczanie informacji na stronie internetowej, na której było umieszczone zapytanie ofertowe.
4. Zamawiający ma prawo, przed terminem składania ofert, modyfikować zapisy zapytania ofertowego w ramach odpowiedzi udzielonych Wykonawcom lub z własnej inicjatywy.
5. Zmiany w zapytaniu ofertowym oraz odpowiedzi Zamawiający zamieszcza na stronie internetowej, na której było umieszczone zapytanie ofertowe oraz bezpośrednio do Wykonawcy, który zadał pytanie.
6. W przypadku, gdy pytanie dotyczy jednego Wykonawcy, a odpowiedź nie powoduje konieczności dokonania zmian w zapytaniu ofertowym odpowiedź może być udzielona tylko zadającemu pytanie.
7. Wykonawca może zadawać pytania nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.

X. Zakres informacji ujawnianych podczas postępowania.

1. Zamawiający po zakończeniu postępowania przekaze Wykonawcom informację o jego wyniku tj:
 - b) zawarciu umowy bądź unieważnieniu postępowania.
2. Na pisemny wniosek Wykonawcy biorącego udział w postępowaniu ofertowym Zamawiający przekaze informacje tj:
 - Wskaże Wykonawców biorących udział w postępowaniu (w tym nazwę i adres),
 - Wskaże kwotę jaką zaproponowali pozostali Wykonawcy za wykonanie przedmiotu zamówienia oraz przyznaną punktację zgodnie z kryterium oceny ofert.

XI. Wadium

1. Zamawiający nie żąda wniesienia wadium.

XII. Zabezpieczenie należytego wykonania umowy.

1. Zamawiający nie żąda wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

XIII. Zawarcie umowy

1. Wszelkie informacje od pracowników prowadzących postępowanie ze strony Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnia w Sopocie, w szczególności dotyczące oceny oferty Wykonawcy nie stanowią obietnicy lub zobowiązania do zawarcia przez Zamawiającego umowy z Wykonawcą.
2. Realizacja zamówienia zostanie powierzona Wykonawcy, którego oferta zostanie przyjęta przez zamawiającego.
3. Potwierdzeniem przyjęcia oferty Wykonawcy i dokonania zakupu jest zawarcie przez Strony umowy na piśmie.
4. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert bez przeprowadzania ich ponownego badania i oceny.

Załączniki:

1. Projekt umowy – Zał. nr 1 do zapytania ofertowego;
2. Oświadczenie- Zał. Nr 2 do zapytania ofertowego;
3. Formularz oferty – Zał. nr 3 do zapytania ofertowego.

....., dnia2018 r

OŚWIADCZENIE

Dane oferenta:

Nazwa:

Adres siedziby:

.....

Telefon/ faks: Adres e-mail:

NIP: REGON:

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na **usługę polegającą na administracji w zakresie opieki zdrowotnej** w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie oświadczam, że spełniam warunek udziału w postępowaniu ofertowym o którym mowa w rozdziale IV ust. 1 tj. Wykonywałem/łam w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie, przez min. 1 rok usługę polegającą na administracji w zakresie opieki zdrowotnej.

.....
(Data, czytelny podpis lub imienna pieczęć
upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

....., dnia2018 r

Formularz oferty

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia ofertowego na usługę polegającą na
administracji w zakresie opieki zdrowotnej w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego
z Przychodnią w Sopocie.**

1. Nazwa i adres Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie,
ul. Bolesława Chrobrego 10, 81-756 Sopot

2. Dane dotyczące Wykonawcy:

Dane oferenta z adresem

Nazwa oferenta (Firma lub imię i nazwisko):

Siedziba: ul....., kod

miejsowość.....PESEL.....

REGON: NIP

Dane kontaktowe:

Telefon....., tel./fax

e-mail:

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o niniejszym zamówieniu ofertowym oraz wymagań zapytania ofertowego zobowiązuje się do wykonania przedmiotu zamówienia za ryczałtową kwotę w wysokości:

Ryczałtowa wartość netto za 1 miesiąc wynosi:.....

Łączna ryczałtowa wartość netto za wykonywanie przedmiotu zamówienia od 01.01.2019-31.12.2020 roku wynosi:.....złotych,

Kwota podatku VAT w wysokości.....złotych, stawka podatku VAT,

Całkowita cena brutto przedmiotu zamówienia w wysokości.....złotych,

(słownie:.....)

2. Oświadczam, że zapoznałem się z zapytaniem ofertowym i projektem umowy oraz że nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz uzyskałem wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że w przypadku nie stawienia się mojej osoby lub umocowanej do zawierania umów w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego celem podpisania umowy, należy uznać, że odstąpiłem od zawarcia umowy i tym samym Zamawiający może podpisać umowę z innym Wykonawcą.
4. Oświadczam, że posiadam niezbędny potencjał osobowy i techniczny do zrealizowania w sposób prawidłowy przedmiotu zamówienia.
5. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia zgodnie z projektem umowy.
6. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od dnia ustalonego jako dzień składania ofert.
7. Oświadczam, iż powyższa cena zawiera wszelkie koszty związane z realizacją oferowanego zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym i projektem umowy.
8. Termin i zasady płatności: zgodnie z zapisami projektu umowy.
9. Oferta została złożona na ponumerowanych stronach.
10. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
 1.
 2.
 3.

.....
Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis osoby lub osób upoważnionych lub imienna pieczęć i podpis)