 

**FORMULARZ OFERTY**

1. Nazwa wykonawcy …………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Tel. …………………………………………………………….., faks …………………………………………………………………………………

NIP ……………………………………………………………., REGON …………………………………………………………………………….

Adres poczty elektronicznej …………………………………………………………………………………………………………………..

**Nawiązując do zaproszenia do składania ofert na …………………………………………………………………………..**

1. zobowiązuję się wykonać badania lekarskie stwierdzające zdolność bezrobotnego
i poszukującego pracy do wykonywania pracy, uczestnictwa w szkoleniu lub przygotowaniu zawodowym dorosłych, odbywania stażu, w okresie od zawarcia umowy do 31.03.2018r., na zasadach określonych w zapytaniu cenowym, zgodnie z cenami zawartymi w cenniku badań (załącznik nr 2).
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia udostępnionym przez Zamawiającego i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
3. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na zasadach określonych w zapytaniu cenowy
i za cenę wskazaną w cenniku badań, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej oferty.

4) Oświadczam(y), że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia. Oświadczam, iż wszystkie warunki określone w rozpoznaniu rynku cenowego oraz wzór umowy akceptuję.

5) Oświadczamy że, badania wykonywane będą przy zachowaniu należytej staranności zgodnie
 z posiadaną wiedzą diagnostyczną, obowiązującymi wymogami i standardami na zasadach wynikających z ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakie powinny odpowiadać medyczne laboratoria diagnostyczne**.**

6) Osoby skierowane przez Powiatowy Urząd Pracy na profilaktyczne badania lekarskie zobowiązuję się przyjmować w następującym czasie ( proszę podać dni tygodnia i godziny przyjmowania pacjentów):

1. ...................................
2. ...................................
3. ...................................
4. ...................................

7) Do kontaktów z Zamawiającym w zakresie związanym z niniejszym zamówieniem upoważniam(y) następującą osobę:………….............., tel./fax ...................................,
 e- mail..................................

 8) Oświadczam/my\*, że całość zamówienia wykonam/my własnymi siłami\*

 ***(jeżeli nie, poniżej Wykonawca wskazuje zakres zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć Podwykonawcom)* powierzę/powierzymy Podwykonawcom wykonanie zamówienia w zakresie\*:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy** | **Adres podwykonawcy** | Zakres zamówienia, **którą** wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **\*\*** |  |  |  |

\*\* można dodawać kolejne wiersze i zapisy tabeli

9) Miejsce świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ ŚWIADCZENIA USŁUG** | **DOKŁADNY ADRES** |
| GABINET LEKARSKIMEDYCYNY PRACY |  |
| GABINET LEKARSKI OKULISTYCZNY |  |
| GABINET LEKARSKI PSYCHOLOGICZNY umożliwiający wykonanie badań psychotechnicznych |  |
| MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE |  |
| BADANIA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH |  |
| GABINET LEKARSKI………………….\*\* |  |

\*\* można dodawać kolejne wiersze i zapisy w tabeli

2. Termin wykonania zamówienia (od-do) …………………………………………………………………………………………

3. Warunki płatności …………………………………………………………………………………………………………………………..

4. Okres gwarancji ……………………………………………………………………………………………………………………………..

5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem cenowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.

1. **Oświadczamy, że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności umowy
 i zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia jakie ponosi zamawiający.**

Załączniki do niniejszej oferty:

……………………………………………..

……………………………………………..

……………………………………………..

……………………………………………..

 ………………………..………. , dnia …………… ……………..………………………………………….

 (podpis i pieczęć Wykonawcy)