Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa i adres Wykonawcy

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

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

NIP: ………………………………………………….. Regon: ………………………………………………………..

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu ……………………………………………………………………………………………………….

E-mail …………………………………………………………………………………………………………………….

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na „**Świadczenie usług medycznych w zakresie badań lekarskich, wstępnych, okresowych i kontrolnych dla pracowników Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie**” oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami i terminami ujętymi w treści zapytania ofertowego.

* + - 1. Na potrzeby oceny ofert oferujemy wykonanie zamówienia za kwotę:

netto: ................................................................................... zł

słownie netto: .................................................................................................................

podatek VAT ..........................%, tj. ...................................... zł

brutto: .................................................................................. zł

słownie brutto: ..............................................................................................................

oszacowaną na podstawie poniższego zestawienia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres usługi** | **Cena jednostkowa netto** | **Przewidywana\* ilość badań  w okresie 12 miesięcy** | **Wartość netto** | **Stawka VAT  (%)** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Konsultacja i badanie przez lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia (badania wstępne, okresowe i kontrolne) |  | 140 |  |  |  |
|  | Konsultacja i badanie okulistyczne |  | 40 |  |  |  |
|  | Konsultacja i badanie okulistyczne wraz z doborem szkieł |  | 40 |  |  |  |
|  | Badanie psychotechniczne kierowcy (kat. B) w ramach obowiązków służbowych |  | 3 |  |  |  |
|  | Konsultacja i badanie neurologiczne |  | 5 |  |  |  |
|  | Badanie EKG z opisem |  | 5 |  |  |  |
|  | Morfologia krwi |  | 40 |  |  |  |
|  | Odczyn Biernackiego (OB) |  | 40 |  |  |  |
|  | Cholesterol całkowity |  | 40 |  |  |  |
|  | Glukoza |  | 40 |  |  |  |
| **Łączna wartość:** | | | | …………… zł |  | ……………… zł |

* + - 1. Dodatkowo **przedkładamy stosowany i obowiązujący w placówkach własnych cennik usług medycznych** i zobowiązujemy się do realizacji świadczeń w nim wskazanych w zakresie niezbędnym do realizacji zamówienia.

Udzielamy upustu od cen zawartych **w załączonym cenniku** w wysokości ……...% (wpisać właściwą liczbę w przedziale od 0 do 100)

* + - 1. Oświadczamy, że na terenie miasta stołecznego Warszawy posiadamy następujące placówki realizujące świadczenia stanowiące przedmiot zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Adres placówki |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |

**Oświadczamy, że:**

* + - 1. Zapoznaliśmy się z zapisami Zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń.
      2. Akceptujemy przekazany przez Zamawiającego opis przedmiotu zamówienia, zawarty   
         w pkt 3 Zapytania ofertowego.
      3. Uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
      4. Uważamy się związani niniejszą ofertą na czas **30 dni** od terminu składania ofert określonego w Zapytaniu ofertowym.
      5. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
         w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
      6. Termin płatności wynosi **30 dni** od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury Zamawiającemu.

**Zobowiązujemy się do:**

1. Realizacji przedmiotu zamówienia z należytą starannością w rozumieniu Kodeksu Cywilnego i zgodnie z Zapytaniem.
2. Wykonania zamówienia z zachowaniem terminów określonych w zapytaniu ofertowym.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

Czytelny podpis Wykonawcy  
/umocowanego Pełnomocnika