**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa i adres podmiotu składającego ofertę:

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

NIP ......................................... REGON ................................................................

Adres, na który Zamawiający powinien przesyłać ewentualną korespondencję:

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

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

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

Numer telefonu: .................................................................................................

e-mail ......................................................................................................................

* + 1. W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na ***świadczenie usług medycznych dla Polskiej Organizacji Turystycznej***, zgodnie z wymogami zawartymi w zapytaniu ofertowym, składamy niniejszą ofertę na realizację zamówienia ***dla Części I*** *–* ***świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz badań psychotechnicznych
		na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ze szczególnym uwzględnieniem terenu m.st. Warszawy***na poniższych warunkach.
	1. **Oferujemy realizację poniższych usług według następujących stawek:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Cena brutto w zł** **za badanie dla 1 pracownika** |
| 1 | Cena brutto za badanie z zakresu medycyny pracy dla 1 pracownika |  |
| 2 | Cena brutto za badanie z zakresu badań psychotechnicznych dla 1 pracownika |  |

**Deklarujemy następującą liczbę placówek na terenie m.st. Warszawy,
w których będą świadczone usługi medyczne z zakresu medycyny pracy
i badań psychotechnicznych[[1]](#footnote-1):**

⎕ 1 placówka,

⎕ 2 – 5 placówek,

⎕ powyżej 5 placówek.

**Uwaga:** Wykonawca ma obowiązek zadeklarować minimum jedną placówkę
w celu realizacji omawianego zakresu zamówienia. W przypadku braku zaznaczenia jakiejkolwiek odpowiedzi, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca deklaruje minimalną wymaganą wartość, tj. 1 placówkę.

**Deklarujemy termin wykonania badania z zakresu usługi medycyny pracy lub badań psychotechnicznych[[2]](#footnote-2):**

⎕ do 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia

⎕ 4-7 dni roboczych od momentu zgłoszenia

⎕ powyżej 7 dni roboczych od momentu zgłoszenia

1. Oświadczam/-y, że:
	1. przedmiot zamówienia wykonamy w terminie określonym w zapytaniu ofertowym;
2. zapoznaliśmy się z warunkami i wymaganiami podanymi przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym, w szczególności w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia, akceptujemy je i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń;
3. uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia;
4. akceptujemy istotne postanowienia umowy i wyrażamy zgodę na zawarcie umowy bez jakichkolwiek zastrzeżeń i wyłączeń sporządzonej na jego podstawie;
5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
6. jesteśmy wpisani do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez …………………………………………………………………;
7. jesteśmy zarejestrowani w ………………………………….., aktualny dokument rejestracyjny można uzyskać pod adresem:……………….………………………;
8. 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.
	1. Część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy/om obejmuje (jeżeli dotyczy): ..................................……………………………….………………………… …………………………………………………………………..............................................................................
9. W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na ***świadczenie usług medycznych dla Polskiej Organizacji Turystycznej***, zgodnie z wymogami zawartymi w zapytaniu ofertowym, składamy niniejszą ofertę na realizację zamówienia dla ***Części II –*** ***Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy w Krakowie i okolicach.***
10. **Oferujemy realizację poniższych usług według następujących stawek:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Cena brutto w zł** **za badanie dla 1 pracownika** |
| 1 | Cena brutto za badanie z zakresu medycyny pracy dla 1 pracownika |  |

**Deklarujemy następującą liczbę placówek na terenie Krakowa oraz Wieliczki, w których będą świadczone usługi medyczne z zakresu medycyny pracy [[3]](#footnote-3):**

⎕ 1 placówka na terenie Krakowa,

⎕ 2 – 5 placówek na ternie Krakowa,

⎕ 1 placówka na ternie Wieliczki oraz 2 – 5 placówek na terenie Krakowa,

⎕ powyżej 1 placówki na ternie Wieliczki oraz 5 placówek na terenie Krakowa.

**Uwaga:** Wykonawca ma obowiązek zadeklarować minimum jedną placówkę
w celu realizacji omawianego zakresu zamówienia. W przypadku braku zaznaczenia jakiejkolwiek odpowiedzi, Zamawiający przyjmie, iż Wykonawca deklaruje minimalną wymaganą wartość, tj. 1 placówkę.

**Deklarujemy termin wykonania badania z zakresu usługi medycyny pracy[[4]](#footnote-4):**

⎕ do 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia,

⎕ 4-7 dni roboczych od momentu zgłoszenia,

⎕ powyżej 7 dni roboczych od momentu zgłoszenia.

1. Oświadczam/-y, że:
2. przedmiot zamówienia wykonamy w terminie określonym w zapytaniu ofertowym;
3. zapoznaliśmy się z warunkami i wymaganiami podanymi przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym, w szczególności w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia, akceptujemy je i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń;
4. uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia;
5. akceptujemy istotne postanowienia umowy i wyrażamy zgodę na zawarcie umowy bez jakichkolwiek zastrzeżeń i wyłączeń sporządzonej na jego podstawie;
6. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
7. jesteśmy wpisani do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez.…………………………………………………………………;
8. jesteśmy zarejestrowani w ………………………………….., aktualny dokument rejestracyjny można uzyskać pod adresem:……………….………………………;
9. 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;
10. Część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy/om obejmuje (jeżeli dotyczy): .…………………………………………….................................................... ....................…………………………………………………………………………………………………..............
11. **Informacje końcowe**
12. Oferta została złożona na …………………….. stronach.
13. Do oferty dołączono załączniki stanowiące jej integralną część:
14. ……………………………………………………………….,

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

(data, imię i nazwisko oraz podpis

upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

1. Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź. [↑](#footnote-ref-4)