Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr ADM.26.2.25.2021

……………….……………………..……….

pieczęć Wykonawcy …………………..………………………

*miejscowość i data sporządzenia oferty*

**Formularz Oferty Cenowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: |  |
| Adres: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Strona www |  |
| Adres e-mail: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |

Odpowiadając na ogłoszenie Biblioteki Publicznej w Dzielnicy Włochy m.st. Warszawy nr ADM.26.2.25.2021 **na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę ryczałtową:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Cena brutto**  **w PLN** |
| 1. | Konsultacja lekarza medycyny pracy |  |
| 2. | Konsultacja lekarza okulistyczna |  |
| 3. | Konsultacja lekarza laryngologiczna |  |
| 4. | Konsultacja lekarza neurologiczna |  |
| 5. | Cholesterol |  |
| 6. | EKG z opisem |  |
| 7. | Glukoza |  |
| 8. | badanie psychotechniczne kierowcy kat. B do kierowania samochodem dla celów służbowych |  |

**Oświadczam/y, że:**

1. zapoznałem/liśmy się z treścią Zapytania ofertowego i zawarte w nim warunki oraz zasady realizacji zostały przeze mnie/przez nas zaakceptowane.
2. w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
3. oferowana cena uwzględnia wszystkie uwarunkowania oraz czynniki związane z realizacją zamówienia, z którymi zapoznaliśmy się i są niezmienne przez cały okres trwania umowy.
4. zdobyliśmy wszelkie informacje, które były niezbędne do przygotowania oferty oraz wyceniliśmy wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu umowy.
5. Posiadam/y uprawnienia niezbędne do wykonywania działalności lub czynności, określonych w zapytaniu ofertowym.
6. posiadam/y wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia.
7. uważam/my się za związanego ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
8. zapoznaliśmy się z informacjami o zasadach przetwarzania danych osobowych przez Zamawiającego określonych w zapytaniu ofertowym.
9. informuję/my, że badania wykonywane będą stacjonarnie w ……………………………………………….… …………………………………………………………………………………………………………………………………………… ul. …………………………………………………………………………………………………Dzielnica ……………………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od ……………..………….. do …………..…………………..

ul. …………………………………………………………………………………………………Dzielnica ……………………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od ……………..………….. do …………..…………………..

ul. …………………………………………………………………………………………………Dzielnica ……………………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od ……………..………….. do …………..…………………..

ul. …………………………………………………………………………………………………Dzielnica ……………………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od ……………..………….. do …………..…………………..

ul. …………………………………………………………………………………………………Dzielnica ……………………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od ……………..………….. do …………..…………………..

ul. …………………………………………………………………………………………………Dzielnica ……………………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od ……………..………….. do …………..…………………..

ul. …………………………………………………………………………………………………Dzielnica ……………………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. od ……………..………….. do …………..…………………..

1. Załączniki do oferty:
   1. ………………………………..
   2. ………………………………..

………..…………………………………………

Czytelny podpis lub podpis z pieczątką

imienną osoby (osób) upoważnionej

(upoważnionych) do reprezentowania Wykonawcy