

.....
pieczęć Wykonawcy

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Wykonawcy:

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

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Numer KRS:

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **KOP.250.7.2024.AK** dotyczące realizacji usługi polegającej sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami ZODR w Barzkowicach, w szczególności na przeprowadzaniu przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego profilaktycznych badań lekarskich dla pracowników **PZDR w Myśliborzu**, oferujemy realizację zamówienia **na okres 2 lat** za cenę:

Stanowisko pracy i warunki pracy	Cena jednostkowa obejmująca badanie profilaktyczne (wstępne, okresowe, kontrolne)	Cena badań dodatkowych – specjalistycznych, laboratoryjnych (wymienić jakie)	Cena oferty od 01.01.2025 r. do 31.12.2026 r.
	Kol. 1	Kol. 2	Kol. 3 = kol. 1 + kol. 2
kierownik PZDR 1) praca przy monitorze ekranowym pow. 4 godz./dobę; 2) kierowanie samochodem osobowym do celów służbowych; 3) stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością; 4) czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze: Borrelia spp. gr.2.		Okulista Laboratorium Suma:	
Doradca rolniczy/ technik doradca 1) praca przy monitorze ekranowym pow. 4 godz./dobę; 2) kierowanie samochodem osobowym do celów służbowych; 3) czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze: Borrelia spp. gr.2.		Okulista Laboratorium Suma:	
X	X	X	Łącznie:

Cena netto..... zł

(słownie:)

Należny podatek VAT (.....%) zł

Cena brutto.....zł

(słownie:)

(DODATKOWE KRYTERIA)

Oświadczam(y), że:

1. Zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia opisanym w zapytaniu ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
2. Pozyskaliśmy wszystkie informacje pozwalające na sporządzenie oferty oraz wykonanie ww. zamówienia
3. Uważamy się za związanych z ofertą **do 31.12.2024 r.**
4. Powyższa cena brutto zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty, w tym należny podatek od towarów i usług.
5. Zobowiązujemy się zrealizować zamówienie w okresie **od 01.01.2025 r. do 31.12.2026 r.**
6. Miejscem świadczenia usług będzie **gabinet medycyny pracy wskazany przez Wykonawcę.**
7. Przedmiot zamówienia będzie wykonany zgodnie z obowiązującymi normami, wolny od wad, w tym fizycznych: konstrukcyjnych, materiałowych, wykonawczych i prawnych.
8. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
9. Gwarantujemy stałą cenę przez cały okres trwania umowy.

Załącznikami stanowiącymi integralną część naszej oferty są (*):

- a) aktualny odpis z właściwego rejestru lub aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- b) pełnomocnictwo,
- c)

(*) *niepotrzebne skreślić*

.....
miejscowość, data

.....
podpis Wykonawcy

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Zachodniopomorski Ośrodek Doradztwa Rolniczego w Barzkowicach, 73-134 Barzkowice 2, na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO) moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu ofertowym w celu uczestnictwa w postępowaniu KOP.250.7.2024.AK oraz w dalszej kolejności w celu zawarcia i realizacji umowy.

.....
miejscowość, data

.....
podpis Wykonawcy

2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne, lecz konieczne w celu uczestnictwa w niniejszym postępowaniu.

.....
miejscowość, data

.....
podpis Wykonawcy