*Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego*

*w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego*

*dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020*

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

z dnia 15.12.2017 r.

………………………………………

/pieczęć Wykonawcy/

**WZÓR FORMULARZA OFERTY**

**I. ZAMAWIAJĄCY:**

Nazwa: Instytucja Pośrednicząca Aglomeracji Wałbrzyskiej (jednostka organizacyjna Gminy Wałbrzych)

Adres: ul. Słowackiego 23A, 58-300 Wałbrzych

Tel.: 74 84 74 150

REGON: 360712256

**II. WYKONAWCA:**

Nazwa:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Adres:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Tel./e-mail:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

NIP:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

REGON:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dot.: *świadczenie usług profilaktycznych opieki zdrowotnej w 2018 r. na rzecz osób przyjmowanych do pracy i pracowników Instytucji Pośredniczącej Aglomeracji Wałbrzyskiej* oferuję/-emy wykonanie zamówienia za:

***/WYPEŁNIA WYKONAWCA/***

|  |  |
| --- | --- |
| **Cennik za badania**  **obowiązujący w okresie do dnia 31.12.2018 r.** | |
| **Nazwa badania** | **Cena jednostkowa**  **brutto badania dla 1 osoby** |
| Badanie ogólne\lekarz Medycyny Pracy |  |
| EKG spoczynkowe |  |
| Badanie okulistyczne |  |
| Badanie neurologiczne |  |
| Glukoza |  |
| Cholesterol |  |
| Morfologia |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| OB. (po jednej godzinie) |  |

*Jednocześnie informujemy, że punkt w którym będą wykonywane badania, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 2067 ) mieści się w Wałbrzychu przy ul****. ………………………………………………………..*** *nr* ***………………………………………………………………***

***/WYPEŁNIA WYKONAWCA/***

1. Przystępując do udziału w postępowaniu oświadczam / -amy, że:
2. Posiadam / -y uprawnienia i spełniam wszelkie kwalifikacje do wykonania przedmiotu umowy;
3. Posiadam / -y wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia;
4. Dysponuję / -emy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia (zapewniam realizację przedmiotu umowy przez lekarza medycyny pracy posiadającego odpowiednie uprawnienia).
5. Znajduję / -emy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
6. Oświadczam / -y, że zapoznałem / -liśmy się z zapytaniem ofertowym Zamawiającego wraz z wzorem umowy, spełniam /-y i akceptuję /-my warunki udziału w nim i uznaję /-emy się za związanych określonymi w nim zasadami postępowania.
7. Oświadczam /-y, że uważam /-y się za związanego /-ych ofertą:
8. w przypadku wyboru mojej oferty – do dnia zawarcia umowy,
9. w razie odwołania niniejszego postępowania - do dnia jego odwołania,
10. w przypadku wyboru innej oferty - przez okres 21 dni od ostatecznego terminu otwarcia ofert,
11. w razie niewybrania żadnej oferty - do upływu terminu wyboru ofert.

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

Data i podpis osoby upoważnionej ze strony Wykonawcy