**Załącznik nr 1**

**do zapytania ofertowego DA.222.1.28.2017**

**OFERTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wymagane Informacje** | **Informacje podane przez Wykonawcę** |
| **1.** | **Nazwa Wykonawcy/Imię i nazwisko**  (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/ w przypadku spółki cywilnej imię i nazwisko każdego ze wspólników) |  |
| **2.** | **Adres siedziby Wykonawcy/ oraz adres miejsca zamieszkania Wykonawcy**  (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/w przypadku spółki cywilnej – adres zamieszkania każdego ze Wspólników – gdy jest inny niż adres siedziby Wykonawcy): |  |
| **3.** | **Numer telefonu/ faksu:** |  |
| **4.** | **Adres e-mail:** |  |
| **5.** | **Osoby wyznaczone do kontaktu**  (w przypadku, gdy inne niż Wykonawca wskazany w pkt 1) |  |
| **6.** | **Numer telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu**  (w przypadku, gdy inny niż numer telefonu  Wykonawcy wskazany w pkt 3) |  |
| **7.** | **Adres e-mail osoby wyznaczonej do kontaktu**  (w przypadku, gdy inny niż e-mail Wykonawcy wskazany w pkt 4) |  |
| **8.** | **Numer REGON, NIP/PESEL**  (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/ w przypadku spółki cywilnej PESEL każdego ze wspólników) |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe **DA.222.1.28.2017**  składam ofertę na **usługę profilaktycznej opieki zdrowotnej pracowników MOPS w Rumi.**

**Oświadczam, iż:**

1. oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia od 01.01.2018 r. do 31.12.2019 r.
2. zobowiązuję się w przypadku wybrania naszej oferty, do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zapisanymi w zapytaniu ofertowym nr **DA.222.1.28.2017,** Zamawiającego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
3. jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert,
4. niniejsza oferta nie zawiera/zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
5. osoby, które będą uczestniczyć w zamówieniu posiadają wymagane uprawnienia,
6. zapoznałem/am się ze wzorem umowy Zamawiającego i nie wnoszę do niej zastrzeżeń,
7. oferowana cena brutto obejmuje realizację usług będących przedmiotem zamówienia przez cały jej okres , zgodnie z wymogami opisanymi w zapytaniu ofertowym według poniższej kalkulacji na podstawie Tab.1

**Załącznik nr 1**

**do zapytania ofertowego DA.222.1.28.2017**

**Tab.1**

| **l.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Cena jednostkowa netto za 1 badanie** | **Podatek VAT** | **Cena jednostkowa brutto**  **za 1 badanie** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Badania krwi (morfologia, OB), |  |  |  |
| **2.** | Badania ogólne moczu |  |  |  |
| **3.** | RTG klatki piersiowej |  |  |  |
| **4.** | Badanie okulistyczne |  |  |  |
| **5.** | Badanie widzenia nocnego i zmierzchowego |  |  |  |
| **6.** | Badanie lekarza medycyny pracy i wystawienie orzeczenia lekarskiego |  |  |  |
| **7.** | Inne badania dodatkowe najczęściej wskazywane przez lekarza medycyny pracy (wymienić jakie)………………………………………. |  |  |  |

Powyższe ceny zawierają doliczony zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami podatek VAT

Oświadczam, że dysponuję lokalem odpowiednim do wykonania przedmiotu zamówienia a ponadto, placówka medyczna oraz placówki medyczne podwykonawców znajdują się:

🞎 na terenie miasta Rumi,

🞎 lokalizacja na terenie miasta Reda, Gdynia, Wejherowo.

……..……………………

Data i czytelny podpis Wykonawcy