

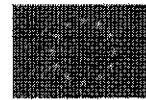


Załącznik nr 1
do zapytania ofertowego DA.222.2.9.2019

OFERTA

I.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.222.2.9.2019** składam ofertę na **świadczenie usług w zakresie badań profilaktycznych oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej, dla Uczestników Projektu „Klub Integracji Społecznej ZAGÓRZE” – osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym i ich rodzin ww.**



Projektu z terenu Rumia Zagórze (w tym osób niesamodzielnych), dla których MOPS jest organizatorem stażu od 01.01.2020r. do 31.12.2022r.

Oświadczam, iż:

1. oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia od 01.01.2020 r. do 31.12.2022 r.
2. zobowiązuję się w przypadku wybrania naszej oferty, do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zapisanymi w zapytaniu ofertowym nr DA.222.2.9.2019, 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. nie znajduję się w stanie upadłości ani likwidacji,
8. oferowana cena brutto obejmuje realizację usług będących przedmiotem zamówienia przez cały jej okres, zgodnie z wymogami opisanymi w zapytaniu ofertowym według poniższej kalkulacji:

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Cena jednostkowa netto za 1 badanie	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)		
8	Glukoza		
9	SUMA BADAŃ:		

Projekt „Klub integracji społecznej – ZAGÓRZE współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 - 2020

9. Korzystam z usług podwykonawców, w zakresie:

.....
(wymienić rodzaj badania, nazwę i adres podwykonawcy)

10. Oświadczenie do kryterium nr 2 :

Lp.	Termin przyjęcia do lekarza medycyny pracy liczony począwszy od dnia skierowania przez Wykonawcę na pierwsze badanie	Wstawić w odpowiednim miejscu „X”
1.	Do 5 dni kalendarzowych (włącznie)	
2.	Powyżej 5 dni kalendarzowych	

.....
Data i czytelny podpis Wykonawcy

