Załącznik nr 1 do WARP-7/Z/2019

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

*Pieczęć firmowa*

Dane Oferenta:

Nazwa firmy………………………………………………………………………………………………..

Adres:..............................................................................................  
Tel./faks:..........................................................................................  
NIP:.................................................................................................  
REGON:............................................................................................  
E-mail:*.............................................................................................*

dn*............................r*.

Nawiązując do zapytania ofertowego, WARP-7/Z/2019 przedstawiamy ofertę dla Wielkopolskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o. zgodnie z zapytaniem ofertowym.

1. Zamówienie zrealizujemy za niżej wymienioną cenę:

Część I – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne - wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o. w Poznaniu.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Cena jednostkowa brutto |
| 1 | Lekarz medycyny pracy – kierowanie pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, wystawianie orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy |  |
| 2 | Badanie okulistyczne z opisem |  |
| 3 | Badanie ogólne moczu |  |
| 4 | Badanie EKG z opisem |  |
| 5 | Cholesterol całkowity |  |
| 6 | Morfologia krwi |  |
| **RAZEM** | |  |

1. **Wartość brutto kompletu badań wynosi:** ………………………………………………………… zł

Słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(Cena ofertowa musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zadania w tym podatek VAT   
w ustawowej wysokości, a także inne koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia).*

1. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosi: ………………… km\*

Adres realizacji usługi: ………………………………………………………………………………………………… .\*\*

\**Zamawiający wymaga wskazania odległości (trasa piesza) do miejsca realizacji usługi wyrażonej w km*

\*\* *obowiązkowo wypełnić*

Część II – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne - wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o. w Poznaniu – oddział w Pile.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Cena jednostkowa brutto |
| 1 | Lekarz medycyny pracy – kierowanie pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, wystawianie orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy |  |
| 2 | Badanie okulistyczne z opisem |  |
| 3 | Badanie ogólne moczu |  |
| 4 | Badanie EKG z opisem |  |
| 5 | Cholesterol całkowity |  |
| 6 | Morfologia krwi |  |
| **RAZEM** | |  |

1. **Wartość brutto kompletu badań wynosi::** ………………………………………………………… zł

Słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(Cena ofertowa musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zadania w tym podatek VAT   
w ustawowej wysokości, a także inne koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia).*

1. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosi: ………………… km\*

Adres realizacji usługi: ………………………………………………………………………………………………… .\*\*

\* *Zamawiający wymaga wskazania odległości (trasa piesza) do miejsca realizacji usługi wyrażonej w km*

\*\* *obowiązkowo wypełnić*

Część III – „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne - wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników Wielkopolskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości Sp. z o.o. w Poznaniu – Punkt Informacyjny Funduszy Europejskich w Nowym Tomyślu.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Cena jednostkowa brutto |
| 1 | Lekarz medycyny pracy – kierowanie pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, wystawianie orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy |  |
| 2 | Badanie okulistyczne z opisem |  |
| 3 | Badanie ogólne moczu |  |
| 4 | Badanie EKG z opisem |  |
| 5 | Cholesterol całkowity |  |
| 6 | Morfologia krwi |  |
| **RAZEM** | |  |

1. **Wartość brutto kompletu badań wynosi:** ………………………………………………………… zł

Słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(Cena ofertowa musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zadania w tym podatek VAT   
w ustawowej wysokości, a także inne koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia).*

1. Dojazd do miejsca realizacji usługi od siedziby Zamawiającego wynosi: ………………… km\*

Adres realizacji usługi: ………………………………………………………………………………………………… .\*\*

\* *Zamawiający wymaga wskazania odległości (trasa piesza) do miejsca realizacji usługi wyrażonej w km*

\*\* *obowiązkowo wypełnić*

1. **Wykonawca oświadcza, że jest wpisany w rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem: …………………………………………………………….**

**Dostępny na stronie internetowej: …………………………………………………………….**

1. **Zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:**

**- samodzielnie\***

**- przy pomocy podwykonawców\*\***

*\*uzupełnić jeśli dotyczy*

**W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom, Wykonawca wypełnia poniższą tabelkę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wskazanie części zamówienia, które zamierzamy zlecić podwykonawcy** | **Nazwa i adres podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
2. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Akceptujemy termin płatności faktury na 21 dni licząc od dnia dostarczenia poprawnie wystawionej faktury do siedziby Zamawiającego (Wielkopolska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości Spółka z o.o.; ul. Piekary 19, 61-823 Poznań; Tel. 61 656 35 00)

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

*(podpisy osoby/osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej/ uprawnionych do występowania w obrocie prawnym reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu).*