

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		

I. 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).

II. 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		

I. 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).

II. 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		

I. 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).

II. 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

2. **Wykonawca oświadcza, że jest wpisany w rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem:**
Dostępny na stronie internetowej:

3. **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

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
5. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. 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).