



**ZAMAWIAJĄCY: GMINA KUNÓW**  
ul. Warszawska 45B, 27-415 Kunów  
tel./fax 41/26-13-174, 261-13-62, 261-13-56  
NIP 661-21-59-982

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Imię Nazwisko/nazwa: .....

Adres: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Numer telefonu: .....

Numer faksu: .....

Numer NIP: .....

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu pn. „Usługi w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników Urzędu Miasta i Gminy w Kunowie oraz członków Ochotniczych Straży Pożarnych”**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe Nr IGP.II.271.2.2020 pn. „Usługi w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników Urzędu Miasta i Gminy w Kunowie oraz członków Ochotniczych Straży Pożarnych” zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym składamy niniejszą ofertę.

1. Za wykonanie ww. usługi oferujemy:

**cenę ryczałtową w kwocie łącznej brutto:** ..... zł.

(słownie:.....zł.)

2. Oświadczam, że oferowana przeze mnie cena zawiera wszelkie koszty realizacji umowy niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu umowy, nawet jeśli nie zostało to wyraźnie opisane w zapytaniu ofertowym.

3. Do kontaktu z Zamawiającym upoważnione są następujące osoby:

1) ....., tel./fax ....., e-mail .....

zakres odpowiedzialności .....

2) ....., tel./fax ....., e-mail .....

zakres odpowiedzialności .....

4. Ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i/lub zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, **w przypadku składania oferty wspólnej** przez dwa lub więcej podmioty gospodarcze jest:

Imię i nazwisko .....

Stanowisko .....

Tel./faks .....

Ponadto oświadczam/-y, że:

1. Zapoznałem/-liśmy się z treścią ww. zapytania ofertowego i nie wnoszę/-imy do niego żadnych zastrzeżeń oraz przyjmuję/-my warunki w nim zawarte.
2. Oferowany Przedmiot Zamówienia spełnia wymagania zawarte w zapytaniu ofertowym.
3. Podejmuję/-my się wykonania Przedmiotu Zamówienia opisanego w ww. zapytaniu ofertowym, zgodnie z wymogami zapytania ofertowego, obowiązującymi przepisami i należytą starannością.
4. Wyrażam/-y zgodę na wskazaną w zapytaniu ofertowym zasadę określania warunków płatności.
5. Oświadczam/-y, że w stosunku do Wykonawcy:
  - a. nie otwarto likwidacji,
  - b. nie ogłoszono upadłości.
6. Oświadczam/-y, że ofertę złożono zgodnie z reprezentacją Wykonawcy lub jego pełnomocnictwem.
7. Zamówienie wykonam/-y w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
8. Oświadczam/-y, że zawarte w zapytaniu ofertowym warunki dot. niniejszego postępowania akceptujemy i zobowiązujemy się w przypadku przyjęcia naszej oferty do realizacji zamówienia na ww. warunkach i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
9. Dysponuje/-my personelem (lekarskim i pielęgniarskim) posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone w ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 oraz z 2019 r. poz. 959) w ilości i specjalności niezbędnej do pełnej realizacji przedmiotu zamówienia opisanego w zapytaniu ofertowym.
10. Osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają odpowiednio wymagane prawem uprawnienia w zakresie medycyny pracy.
11. Dysponuje/-my bazą lokalową gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem zamówienia, która odpowiada wymogom pod względem fachowym i sanitarnym, wyposażoną w sprzęt medyczny niezbędny do wykonywania usługi przedmiotu zamówienia, zlokalizowaną w granicach administracyjnych miasta ..... tj. **przy ul.** ....., **nr** ..... (proszę podać adres placówki), która leży w odległości nie większej niż 20 km od granicy gminy Kunów.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis osoby uprawnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczętka*