Załącznik nr 1a do SWZ (składany wraz z interaktywnym wypełnionym i podpisanym „Formularzem ofertowym”

**Przeprowadzenie szczepień ochronnych w zakresie przeciwdziałania zakażeniom meningokokowym w Gminie Ostrowiec Świętokrzyski, szczepionką skoniugowaną Nimenrix.**

(Nr referencyjny: Or.271.49.2024)

**Formularz szczegółowy oferty**

Ja/my niżej podpisani:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

działając w imieniu i na rzecz:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pełna nazwa/firma, adres)

Oświadczamy, że zrealizujemy przedmiot zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w specyfikacji warunków zamówienia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** |  | Koszt jednostkowy  w zł (cena brutto) |
| 1 | Zakup szczepionki |  |
| 2. | Zakup materiałów niezbędnych do wykonania szczepienia |  |
| 3. | Przeprowadzenie badania kwalifikującego do szczepienia, podanie szczepienia i edukacja rodzica/opiekuna prawnego |  |
| Razem (zł) | |  |

Dokument po wypełnieniu należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania wykonawcy/wykonawców występujących wspólnie i złożyć zgodnie z wymaganiami SWZ.