|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Załącznik nr 1**

**Do zapytania ofertowego z dnia …………………………………………. r.**

**Formularz ofertowy**

1. Składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

(nazwa firmy, dokładny adres głównej siedziby Wykonawcy, NIP, REGON, KRS)

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego zamówienia należy kierować do:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………............................................................................................

Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr ZOZ: ………........................................................................................................................................................

1. Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie z zapisami opisu przedmiotu zamówienia.
2. Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie aktualnym cennikiem załączonym do formularza ofertowego.
3. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia, zgodnie z cennikiem pozostałych usług stanowiącym załącznik do niniejszej oferty.
5. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z opisem przedmiotu zamówienia, udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnoszę/my do niej żadnych zastrzeżeń.
6. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z projektem umowy i nie wnoszę/my do nich żadnych zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
7. Akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym, jednocześnie oświadczamy, iż dokumentem księgowym wystawianym za zrealizowane zamówienie jest faktura z co najmniej 14- dniowym terminem płatności liczonym od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
8. Oświadczamy, że jesteśmy wpisani na dzień złożenia oferty do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru

podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru pod numerem …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **KRYTERIUM I : Łączny koszt badań z zakresu medycyny pracy za okres 24 miesięcy**



1. **KRYTERIUM II :** **Odległość placówki medycznej od siedziby Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych , ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa**

Informujemy, że badania dla Państwa Jednostki wykonywane będą w głównej placówce mieszczącej się w granicach administracyjnych miasta stołecznego Warszawa, przy ul. ……………..…………………………….. (proszę podać dokładny adres wraz z kodem pocztowym), tj. w odległości ………. km od siedziby Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa (odległość obliczona wg opisu w zapytaniu ofertowym).

1. **KRYTERIUM III : Posiadanie dodatkowych placówek medycznych na terenie województwa mazowieckiego**

Informujemy, że posiadamy dodatkowo ………… (podać ilość placówek medycznych) placówkę/ki medyczne na terenie województwa mazowieckiego mieszczące się w 1)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

5)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(proszę podać dokładne adresy pozostałych lokalizacji wraz z kodami pocztowymi)

Oświadczamy, że ceny jednostkowe brutto są stałe i będą obowiązywać przez cały okres realizacji przedmiotu zamówienia.

……………………………….……….. dnia ………………………… 2024 r.

…………………………………………………..

(pieczęć i podpis Wykonawcy)

W załączeniu przekazujemy:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru.
2. Aktualny cennik obejmujący pozostałe nie wymienione w formularzu oferty usługi/badania.