**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 3/93/2025/ZO**

…………………………………………….

(miejscowość, data)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy/Imię i nazwisko Wykonawcy |  |
| Adres siedziby/adres zamieszkania |  |
| NIP |  |
| Dane osoby do kontaktu  (imię i nazwisko, nr telefonu  adres e-mail) |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **3/93/2025/ZO** na przeprowadzenie w ramach projektu „Misja – zdrowy pracownik JST” indywidualnych konsultacji z lekarzem w celu analizy wyników badań wraz z rekomendacją dla uczestników projektu tj. pracowników JST z terenu miasta Jędrzejów i Małogoszcz składam ofertę na:

(Wykonawca uprawniony jest do złożenia ofert na dowolną liczbę części.)

**Część I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Cena brutto  (ilość x cena jednostkowa brutto)** |
| Indywidualna konsultacja z lekarzem w celu analizy wyników badań | osoba | 55 osób |  |  |
| **RAZEM** | | | | …………………………………….  Słownie:…………………………………………..  ……………………………………………………. |

Cena obejmuje 100% kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

* **Oświadczam, iż *(proszę o zaznaczenie JEŚLI DOTYCZY)*:**

⎕ podmiot, który reprezentuję w celu spełnienia aspektów społecznych (KRYTERIUM b) deklaruję, iż przez cały okres trwania umowy będzie zatrudniał/angażował do realizacji przedmiotu umowy minimum 1 osoba, która będzie należała do co najmniej jednej z poniższych grup:

* osoba z niepełnosprawnościami posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności (wg Ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)
* osoba bezrobotna w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* osoba o której mowa w przepisach o zatrudnieniu socjalnym w rozumieniu ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym

**Część II**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Cena brutto  (ilość x cena jednostkowa brutto)** |
| Indywidualna konsultacja z lekarzem w celu analizy wyników badań | osoba | 150 osób |  |  |
| **RAZEM** | | | | …………………………………………………  Słownie: ………………………………….  ………………………………………………….. |

Cena obejmuje 100% kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

* **Oświadczam, iż *(proszę o zaznaczenie JEŚLI DOTYCZY)*:**

⎕ podmiot, który reprezentuję w celu spełnienia aspektów społecznych (KRYTERIUM b) deklaruję, iż przez cały okres trwania umowy będzie zatrudniał/angażował do realizacji przedmiotu umowy minimum 1 osoba, która będzie należała do co najmniej jednej z poniższych grup:

* osoba z niepełnosprawnościami posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności (wg Ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)
* osoba bezrobotna w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* osoba o której mowa w przepisach o zatrudnieniu socjalnym w rozumieniu ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Potwierdzam/-y, że zamówienie zostanie zrealizowane w terminie.
2. Przyjmuję/-emy do realizacji postawione przez zamawiającego w zapytaniu ofertowym   
   nr **3/93/2025/ZO** warunki.
3. Oświadczam/-y, że firma jest płatnikiem podatku VAT o numerze identyfikacyjnym NIP…………………………………………….. / nie dotyczy\*
4. W przypadku przyznania mi/nam zamówienia zobowiązuję/-my się do zawarcia umowy   
   w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Wyrażam/-y zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji Zamawiającemu.
6. Załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
7. Wobec podmiotu, który reprezentuję/-my nie wszczęto postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono upadłości.
8. Podmiot który reprezentuję/-my znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej niezakłóconą realizację zamówienia.
9. Oświadczam/-y, że zamówienie zostanie zrealizowane z udziałem podwykonawców/bez udziału podwykonawców\* - zakresy prac przewidzianych do wykonania przez poszczególnych podwykonawców zostały określone w załączniku nr 4 do oferty (jeśli dotyczy).

\* Niepotrzebne skreślić

…………..………………………………

Podpis Wykonawcy