IRID.272.2.20.2025

Załącznik nr 5

Łódź, dnia ............................2025 r.

**FORMULARZ OFERTY**

**na „Usługi zdrowotne w zakresie badań profilaktycznych, wykraczających poza obowiązkowe badania okresowe z zakresu medycyny pracy” w ramach projektu współfinansowanego   
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021 – 2027 nr naboru FELD.08.04-IZ.00-001/24.**

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**

Powiat Łódzki Wschodni z siedzibą w Łodzi ul. H. Sienkiewicza 3, 90-113 Łódź

1. **Nazwa i adres Wykonawcy**

Zarejestrowana nazwa *(firma)* Wykonawcy ……………………………………………………

Zarejestrowany adres (siedziba) Wykonawcy:

ul. ……………………………………………………………………………………………………..

kod \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ Miejscowość …………………………………………………………………...

Powiat ………………………… Województwo ………………………………………………..…

Telefon: ………………………. Fax.: ………………………………………………………………

NIP ………………………………. Regon ………………………………………….

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym w ………......, ……........ Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS ………… *(jeśli dotyczy)*

Fax.:………………………………, e-mail ……………………@ …………………………………..

nr rachunku bankowego: …………………………………..…………………………………..

Osoba do kontaktów :

Imię………….............……Nazwisko…………............…Telefon…………........………email…………

1. **Oferta**
2. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodne ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia wymaganym przez Zamawiającego i na zasadach wynikających z zapytania ofertowego za:
3. **Pakiet badań dla 137 pracowników**
4. cenę netto: ……………........……..… zł, (słownie:………………………………………………………….);
5. **Badanie mammografii – 60 kobiet za:**
6. cenę netto: ……………........……..… zł, (słownie:………………………………………………………….);
7. **Rezonans magnetyczny prostaty – 29 mężczyzn za:**
8. cenę netto: ……………........……..… zł, słownie:………………………………………………………….);
9. **Konsultację lekarza medycyny pracy - 137 konsultacji za:**
10. cenę netto: ……………........……..… zł, słownie:………………………………………………………….);
11. **Konsultację z lekarzem specjalistą – 89 konsultacji za:**
12. cenę netto: ……………........……..… zł, słownie:………………………………………………………….);

Wskazane ceny jednostkowe w formularzu cenowym są kompletne, jednoznaczne   
i ostateczne uwzględniające wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

1. Oświadczam że przedmiotowa usługa zdrowotna będzie zwolniona z podatku VAT,   
   a płatność za realizację zamówienia może się odbywać w podziale na faktury.
2. Zobowiązuję się - zobowiązujemy się\* realizacji przedmiotu zamówienia w terminie maksymalnie na 60 dni od podpisania umowy.
3. Dysponuję następującymi punktami do przeprowadzenia badań zlokalizowanymi:
4. ……………………………………….
5. ……………………………………….
6. ……………………………………….
7. ………………………………………..
8. Akceptuję - akceptujemy\* warunki płatności w terminie do 7 dni
9. Oświadczam(y), że:
10. po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń;
11. w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w formularzu oferty oraz zaproszeniu do składania ofert.
12. Okres związania ofertą: 30 dni.
13. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1) ……………………………………………………………………………………………….,

2) ……………………………………………………………………………………………….,

............................................................. .................................................................

*(pieczęć Wykonawcy) (podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)*

\*niepotrzebne skreślić