

Pieczęć firmowa Wykonawcy

FORMULARZ OFERTY

W związku z zapytaniem ofertowym na „Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Urzędu Miejskiego w Nidzicy i członków Ochotniczych Straży pożarnych z terenu Gminy Nidzica” oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia, zgodnie z wymaganiami zapytania ofertowego z dnia listopada 2016 r.

Cena mojej (naszej) oferty za realizację całości niniejszego zamówienia wynosi:

CENA w PLN:	Słownie:
-----------------------------	-----------------

- I. Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się z Zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- II. Oświadczam(y), że oferta cenowa została opracowana zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty i jest sumą cen wg szczegółowej kalkulacji ceny określonej w załączniku nr 1 do niniejszej oferty za świadczenie usług w zakresie medycyny pracy.
- III. Oświadczam/y, że zamówienie zamierzam/y zrealizować: sam / z udziałem Podwykonawców*
w zakresie:.....
.....
- IV. Oświadczam(y), że do realizacji niniejszego zamówienia posiadamy odpowiednie uprawnienia, niezbędną wiedzę, doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej, zapewniającej jego wykonanie.
- V. Projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na podanych warunkach.

Termin świadczenia usług:

Przedmiot zamówienia będzie wykonywany w okresie: **od 02.01.2017 r. do 31.12.2018 r.**

Warunki płatności:

Zapłata należności będzie dokonana przelewem bankowym na wskazane konto Wykonawcy, w terminie 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury.

Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

VI. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym:

Imię i nazwisko.....

Nr telefonu adres e-mail

VII. Adres do korespondencji

Kod Miasto

Ulica, nr

VIII. W załączeniu do niniejszej oferty składamy:

- 1) Szczegółową specyfikację cenową.
- 2) Zezwolenie na wykonywanie działalności z zakresu medycyny pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 3) Aktualny wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej lub odpis z Krajowego Rejestru Sadowego, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- 4) Pełnomocnictwo do podpisania oferty i ewentualnej umowy - jeżeli nie wynika z innych dokumentów (wpis z ewidencji CEIDG, odpis z KRS) – o ile występuje.

.....
/data/

.....
/ imię i nazwisko (pieczęć) i podpisy osób/osoby
upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić