NK.270.1.2023 Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert

o udzielenie zamówienia publicznego o wartości

mniejszej niż kwota 130 000 złotych

**FORMULARZ OFERTOWY**

…………………., dnia ………………2023 r.

……………………………………………….

(Nazwa Wykonawcy)

……………………………………………….

(Siedziba Wykonawcy)

……………………………………………….

(Nr telefonu i faksu)

……………………………………………….

(adres e-mail)

……………………………………………….

(osoba do kontaktu)

## FORMULARZ OFERTOWY

**Skarb Państwa**

**Państwowe Gospodarstwo Leśne**

**Lasy Państwowe**

**Nadleśnictwo Przemków**

**Szklarki ul. Ceglana 3**

* 1. **Przemków**

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert o udzielenie zamówienia publicznego   
o wartości mniejszej niż kwota 130 000 złotych, na zamówienie „ **Pakiet Ubezpieczenia zdrowotnego pracowników Nadleśnictwa Przemków oraz członków ich rodzin wraz z opieką z zakresu medycyny pracy”** składamy następującą ofertę:

1. Oferujemy realizację zamówienia: za cenę za świadczenie usług w ramach miesięcznych jednostkowych pakietów medycznych:

a) cena wariantu podstawowego dla jednej osoby wynosi: **……………. zł brutto,**

b) cena wariantu rodzinnego dla jednego pakietu wynosi: **……………. zł brutto,**

c)cena wariantu partnerskiego (1+1) dla jednego pakietu wynosi: **……………. zł brutto.**

2. Usługę wykonamy w okresie:

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte (wraz   
z postanowieniami umowy).

4. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednią wiedzę, doświadczenie i potencjał kadrowy oraz techniczny, dające gwarancję należytego wykonania przedmiotu umowy.

5. Oświadczamy, że posiadamy możliwości zapewnienia usług z zakresu medycyny pracy oraz działalności leczniczej.

6. Oświadczamy, że dysponujemy do realizacji zamówienia następującymi placówkami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa i adres placówki** | Nazwa Wykonawcy lub podmiotu wykazującego spełnienie warunku |
| Placówka położona najbliżej, w odległości nie większej niż 70 km od siedziby Zamawiającego | | |
| 1 |  |  |
| … |  |  |
|  |  |  |
| Pozostałe placówki położone na terenie RP | | |
| 2. |  |  |
| … |  |  |
|  |  |  |

7. Oświadczamy, że istnieje możliwość refundacji kosztów leczenia poza siecią placówek współpracujących TAK/NIE\*.

8. Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni.

9. Oświadczam, że wypełniłam(-em) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.(jeżeli dotyczy)\*

10. Załączamy szczegółową ofertę oraz ………………………………………………………..

………………………………….…………………………………

(Podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

\*-niepotrzebne skreślić

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnie Rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)