

Formularz oferty

Nazwa Wykonawcy

Adres

REGON NIP.....

DANE KONTAKTOWE WYKONAWCY:

Osoba do kontaktów:

Adres korespondencyjny:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Odpowiadając na Zapytanie Ofertowe numer LD-POR-A.213.300.2023.3 na „**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy wraz z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi dla kandydatów do pracy i pracowników Państwowej Inspekcji Pracy Okręgowego Inspektoratu Pracy w Łodzi**”, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z Opisem przedmiotu zamówienia.

1. Oświadczamy, że cena naszej oferty wynosi:

cena brutto: PLN

Powyższa cena ofertowa składa się z cen jednostkowych przedstawionych w Formularzu cenowym stanowiącym Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego i jest to kwota przeniesiona z kolumny „Łączna wartość brutto”.

2. Oświadczamy, że osobą, która będzie współpracowała z Zamawiającym przy realizacji umowy będzie:

imię i nazwisko

numer telefonu adres e-mail

3. Oświadczamy, że:

- a) akceptujemy w całości wszystkie postanowienia określone w Zapytaniu Ofertowym i nie wnosimy do nich zastrzeżeń,

- b) zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami realizacji przedmiotu zamówienia oraz akceptujemy zasady, na jakich świadczone będzie powyższe, w tym w szczególności terminy realizacji zamówienia,
- c) zawarty w Zapytaniu Ofertowym Wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą do zawarcia umowy uwzględniającej zapisy zawarte w powyższym wzorze umowy na wymienionych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
- d) akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego we Wzorze umowy,
- e) uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

4. Załączamy dowód/y dokumentujący/e uprawnienie do podpisania oferty w postaci:

.....

5. Oświadczamy, że w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą, umowę podpisywał/-a będzie:

imię i nazwisko.....

stanowisko

6. Oświadczamy, iż z niżej wskazanego adresu e-mail będą przekazywane faktury w formie dokumentu nieedytowalnego możliwego do odczytu przez Zamawiającego np. pliku PDF.

Adres e-mail:

7. Dokładny adres placówki zdrowotnej wykonującej usługi medyczne:

.....

8. Lekarz medycyny pracy przyjmuje (w dniach / godzinach):

.....

9. Lekarze specjaliści przyjmują (w dniach / godzinach):

.....

10. Oświadczamy, że wszystkie informacje zawarte w ofercie są aktualne i prawdziwe.

11. Oświadczamy, że wypełniliśmy wszystkie obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu*.

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

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

.....dnia.....
miejscowość, data

.....
Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania
niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).
Oferta w formie elektronicznej lub postaci elektronicznej
winna być podpisana kwalifikowanym podpisem
elektronicznym lub podpisem zaufanym
lub podpisem osobistym