**FORMULARZ OFERTOWY**

Zamawiający :

**Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie**

**04-051 Warszawa, ul. Poligonowa 3**

Ja / my niżej podpisany / podpisani

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

działając w imieniu i na rzecz ..............................................................................................................

*(nazwa i siedziba Wykonawcy)*

......................................................................................................................................................,

REGON: ............................................., NIP: ......................................................................................

**Tel. ............................................................................**

**Strona internetowa .......................................................... e-mail ....................................................................**

składamy ofertę na **świadczeń usług zdrowotnych w zakresie medycyny pracy dla pracowników oraz kandydatów do pracy Sądu Okręgowego Warszawa-Praga w Warszawie obejmujących wykonywanie badań profilaktycznych: okresowych, wstępnych i kontrolnych wraz z wydaniem orzeczenia**, zgodnie z warunkami określonymi we wzorze umowy.

Poniżej w tabeli przedstawiamy ofertę cenową na wykonywanie poszczególnych badań:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Cena jednostkowa w zł brutto** |
| 1 | Marker PSA całkowity |  |
| 2 | Marker CA 125 |  |
| 3 | Badanie EKG |  |
| 4 | Cholesterol całkowity |  |
| 5 | Badanie OB krwi |  |
| 6 | Morfologia krwi pełna (z płytkami krwi i rozmazem automatycznym) |  |
| 7 | Poziom glukozy we krwi |  |
| 8 | Badanie moczu |  |
| 9 | Badanie lekarza medycyny pracy |  |
| 10 | Badanie okulistyczne |  |
| 11 | Badanie psychotechniczne |  |
| 12 | Szczepienie przeciwko grypie |  |
| 13 | Spirometria |  |

Oświadczamy, że termin ustalenia badania od dnia rejestracji pracownika określamy na …… dni roboczych.

Jednocześnie oświadczamy, że świadczenia zdrowotne będą udzielana w placówce pod następującym adresem: ………………………………….., tel. ……………………, e-mail: …………………………….

1. Oświadczamy, że zaoferowana kwota brutto zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.
2. Oświadczamy, że w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji zgodnie z art. 5 – 17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 21 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy a także otrzymaliśmy wszystkie informacje konieczne do przygotowania oferty. Do wyżej wymienionych dokumentów i warunków nie wnosimy żadnych zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zaoferowane ceny jednostkowe brutto zawierają wszystkie koszty wykonania badania, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.
6. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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 dnia 4 maja 2016 r.) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia.
7. Akceptujemy termin płatności w formie płatności z odroczonym terminem do 30 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.
8. Osobą upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy oraz wskazaną do kontaktów z Zamawiającym na etapie wyboru oferty najkorzystniejszej jest:

Imię i nazwisko: ………………………, telefon: ………………….., e-mail: ………………………….

1. Osobą / osobami upoważnioną / upoważnionymi do zawarcia umowy w sprawie zamówienia jest / są:

Imię i nazwisko: ……………………………….., stanowisko: …………………………….. *(zgodnie z KRS lub CEIDG)*;

Imię i nazwisko: ……………………………….., stanowisko: …………………………….. *(zgodnie z KRS lub CEIDG)*;

1. Osobą odpowiedzialną za kontakt z Zamawiającym na etapie realizacji umowy jest *(proszę o podanie: nazwiska i imienia, telefonu komórkowego lub stacjonarnego, adresu e-mail)*:

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

1. Oświadczamy, że umowę podpiszemy w formie tradycyjnej (pisemnej) podpisem własnoręcznym / kwalifikowanym podpisem elektronicznym *(niewłaściwe skreślić)*.

Wykonawca składa ofertę w formie dokumentowej – skan formularza ofertowego podpisany podpisem własnoręcznym przesłany na adres poczty elektronicznej: zp@warszawapraga.so.gov.pl.

Wykonawca może złożyć ofertę w formie elektronicznej podpisanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

………………………………………………………

*(miejscowość i data)*