**SZKOŁA POLICJI W KATOWICACH**

**40-684 KATOWICE UL. GEN. JANKEGO 276**

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa wykonawcy: ………………………………………………….……..

Adres: …………………………………………………………………….………

Tel./Faks: …………………………………………………………………..…..

e-mail: …………………………………………………………….……………...

REGON: ……………………………………………………………….…………

NIP: …………………………………………………………..……………………

Nawiązując do zapytania ofertowego przedstawiam/y ofertę na realizację zadania pn.:

**„Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy”**

1. **~~Oferuję~~** ~~wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie opisanym w~~ *~~Zapytaniu ofertowym~~*~~za kwotę …….………………..…..……. złotych brutto (słownie złotych ……………………………..………………………..), w tym podatek VAT ……….% (jeżeli dotyczy), zgodnie z~~ *~~formularzem cenowym~~* ~~stanowiącym~~ **~~załącznik nr 2~~** ~~do~~ *~~Zapytania ofertowego~~*~~.~~

Cena oferty wynosząca …………………………….. zł (służąca porównaniu ofert) została wyliczona zgodnie z dyspozycją zawartą w pkt. 8 *Zapytania ofertowego,* na podstawie *formularza cenowego* stanowiącego **załącznik nr 2** do *Zapytania ofertowego* i uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotowego zamówienia.

1. **Oświadczam**, że zapoznałem się z warunkami *Zapytania ofertowego* oraz bez zastrzeżeń akceptuję wzór umowy stanowiący **załącznik nr 1** do *Zapytania ofertowego.*
2. **Oświadczam**, że miejsce, w którym będą wykonywane badania oraz szczepienia stanowiące przedmiot umowy, jest zlokalizowane na terenie miasta Katowice, w odległości nie większej niż 6 km w linii prostej od Szkoły Policji w Katowicach, w dzielnicy Piotrowice/Brynów/Zadole/Ligota\* i w bliskiej odległości od ul. gen. Jankego/ul. Tadeusza Kościuszki\* (*niepotrzebne skreślić*).
3. **Oświadczam**, że **wykonawca** posiada doświadczenie w realizacji badań profilaktycznych funkcjonariuszy służb mundurowych i przeprowadził co najmniej 100 przedmiotowych badań w ciągu roku.
4. **Oświadczam,** że badania będą wykonywane przez lekarza uprawnionego do wykonywania zadań służby medycyny pracy każdego dnia tygodnia od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00 – 15:00 za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, a pozostałe usługi będą wykonywane według potrzeb **ZAMAWIAJĄCEGO** w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-15:00.
5. **Oświadczam,** że lekarz medycyny pracy będzie nieodpłatnie kierowany do dokonywania przeglądu stanowisk służby i pracy w Szkole Policji w Katowicach w celu oceny warunków służby i pracy, nie rzadziej niż raz w kwartale oraz do udziału w posiedzeniach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej w Szkole Policji w Katowicach w terminach uzgodnionych z **zamawiającym**.
6. **Oświadczam**, że wszystkie urządzenia medyczne niezbędne do wykonania badań przewidzianych w *formularzu cenowym* stanowiącym **załącznik nr 2** do *Zapytania ofertowego* posiadają aktualne i ważne dokumenty legalizacyjne (paszporty).
7. **Oświadczam**, że badania kontrolne będą wykonywane nie dłużej niż w ciągu 1 dnia.
8. **Oświadczam**, że badania wstępne będą wykonywane nie dłużej niż w ciągu 2 dni.
9. **Oświadczam**, że badania okresowe policjantów/pracowników Policji będą wykonywane
w sposób powodujący nieobecność w służbie/pracy trwającą nie dłużej niż 2 dni.
10. **Oświadczam**, że oferowane ceny jednostkowe brutto, podane w *formularzu cenowym* stanowiącym **załącznik nr 2** do *Zapytania ofertowego*, będą obowiązywały przez cały okres obowiązywania umowy.
11. **Oświadczam**, że zdobyłem konieczne informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty.
12. **Oświadczam**, że dane osobowe uzyskane w związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego oraz w związku z realizacją zamówienia przez **WYKONAWCĘ** będą wykorzystywane zgodnie z Rozporządzeniem 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 osobowych) (Dz. Urz. UE L 119).
13. Termin związania ofertą – 15 dni.
14. Osoba do kontaktu: ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………

 Pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby uprawnionej

 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy