

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 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.
2. **Oświadczam**, że zapoznałem się z warunkami *Zapytania ofertowego* oraz bez zastrzeżeń akceptuję wzór umowy stanowiący **załącznik nr 1** do *Zapytania ofertowego*.
3. **Oświadczam**, że miejsce, w którym będą wykonywane badania oraz szczepienia stanowiące przedmiot umowy, jest zlokalizowane na terenie miasta Katowice, w odległości nie większej niż 1 km trasy pieszej od najbliższego przystanku komunikacji publicznej, obsługującego autobus linii nr 11 organizatora transportu zbiorowego: Zarząd Transportu Metropolitalnego w Katowicach.
4. **Oświadczam**, że **WYKONAWCA** posiada doświadczenie w realizacji badań profilaktycznych funkcjonariuszy służb mundurowych i przeprowadził co najmniej 100 przedmiotowych badań w ciągu roku.
5. **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.

6. **Oświadczam**, że lekarz medycyny pracy będzie 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.
7. **Oświadczam**, że lekarz medycyny pracy będzie kierowany do udziału w posiedzeniach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy działającej w Szkole Policji w Katowicach w terminach uzgodnionych z **ZAMAWIAJĄCYM**.
8. **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).
9. **Oświadczam**, że badania kontrolne będą wykonywane nie dłużej niż w ciągu 1 dnia.
10. **Oświadczam**, że badania wstępne będą wykonywane nie dłużej niż w ciągu 2 dni.
11. **Oświadczam**, że badania okresowe policjantów/pracowników Policji będą wykonywane w sposób powodujący nieobecność w służbie/pracy trwającą nie dłużej niż 2 dni.
12. **Oświadczam**, że oferowane ceny jednostkowe brutto, podane w *formularzu cenowym* stanowiącym **załącznik nr 2** do *Zapytania ofertowego*, będą obowiązywały przez cały okres obowiązywania umowy.
13. **Oświadczam**, że zdobyłem konieczne informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty.
14. **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).
15. Termin związania ofertą – 15 dni.
16. Osoba do kontaktu:

.....

.....
Pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby uprawnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy