

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy: postępowania na realizację usługi pn. „Świadczenia zdrowotne dla pracowników Spółki w latach 2020-2022 ”.

Nr sprawy: KML-50/2019

1. Pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty składanej wspólnie:

Nazwa:

Siedziba:

Numer telefonu: Numer faksu: e-mail

Numer REGON: Numer NIP:

nr rachunku bankowego:

2. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z treścią SIWZ wraz z załącznikami oraz wzorem umowy i akceptuję/my warunki w niej zawarte bez zastrzeżeń oraz gwarantuję/my wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z jej treścią, wyjaśnieniami do niej oraz w przypadku modyfikacji SIWZ - jej modyfikacją.

3. Oświadczam/y, że składam/y ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SIWZ i warunkami realizacji zamówienia zawartymi we wzorze umowy za cenę:

Oferowana cena za realizację zamówienia:

..... zł (brutto)

słownie:

(netto:..... zł)

4. Oświadczam/y, że powyższa cena brutto obejmuje cały zakres realizacji przedmiotu zamówienia i zawiera wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia przedstawionego w SIWZ.

5. Oświadczam/y, że jestem/jesteśmy / nie jestem/jesteśmy*) podatnikiem podatku VAT.

6. Oświadczam/y, że właściwym Urzędem Skarbowym jest:

.....
(nazwa i adres Urzędu Skarbowego)

7. Oświadczam/y, że jestem/jesteśmy związany/i niniejszą ofertą przez okres **60 dni** od dnia upływu terminu składania ofert.

8. Oświadczam/y, że przedmiot zamówienia będzie realizowany: **od dnia 01.03.2020r. przez okres 36 m-cy.**

9. Oświadczam/y, że jesteśmy wpisani do Księgi Rejestrowej pod nr

10. Oświadczam/y, iż przedmiot zamówienia realizowany będzie na terenie miasta Kielce przez następujące placówki medyczne:

a) analizy laboratoryjne, badania specjalistyczne i orzecznictwo medyczne wykonywane będą przez:

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

(nazwy i adresy placówek medycznych)

b) badania mammograficzne wraz z USG wykonywane będą przez:

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

(nazwa i adres placówki medycznej)

c) analizy krwi na obecność antygenu PSA wykonywane będą przez:

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

(nazwa i adres placówki medycznej)

11. Oświadczam/y, że zapoznałem/zapoznaliśmy się z SIWZ wraz z załącznikami (w tym wzorem umowy) i akceptujemy warunki w nich zawarte bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszymi postanowieniami.

12. Oświadczam/y, że niniejsza oferta nie zawiera/zawiera*) na stronach od..... do..... informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji .

13. Oświadczam/y, że rozliczenia między Zamawiającym i Wykonawcą prowadzone będą w złotych polskich.

14. Oświadczam/y, że wypełniłem/wypełniłiśmy 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 w niniejszym postępowaniu²⁾.

.....
Miejscowość i data

.....
(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

Informacja dla Wykonawcy:

- ¹⁾ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1).
- ²⁾ 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).
- ³⁾ Złożenie oferty na druku innym niż przesłany do Wykonawcy nie będzie skutkowało unieważnieniem oferty pod warunkiem, że druk będzie zawierał wszelkie dane wymagane przez Zamawiającego.
- ⁴⁾ Formularz oferty musi być podpisany przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania firmy.

*niepotrzebne skreślić