*ZP/11/2021 Załącznik nr 1*

…………………………………..

*pieczątka firmowa Wykonawcy*

**Stołeczne Centrum**

**Opiekuńczo -Lecznicze Spółka z o.o.**

**ul. Mehoffera 72/74**

**03-131 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Przedmiot postępowania:**

***Udzielanie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla potrzeby Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Leczniczego Sp. z o.o.***

**Dane Wykonawcy**

Pełna nazwa ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Dokładny adres:

miejscowość………………………………………………………………………………..……… kod pocztowy: ……………………..

ul………………………………………………………………………………………………… tel. ……………………………………………….

e-mail………………………………………………………………………………………………

Numer wpis do rejestru sądowego/ ewidencji działalności gosp. ……………………………………………………

NIP…………………………………………

Regon…………………………………….

Nr konta do umowy: ………………………………………………………………………………………………………

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………

adres: ………………………………………………………………………………………….……………..………….………

nr telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………..……

nr faksu: ………………………………………………………………………………………….……………….…….………

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

**OSOBA UPRAWNIONA DO REPREZENTOWANIA FIRMY ( ujawnione w rejestrze lub ewidencji bądź pełnomocnictwo)**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………...………

pełniona funkcja ……………………………………………………………………………….……………..………….………

**Wykonawca przy wykonywaniu zamówienia będzie/nie będzie** *(niepotrzebne skreślić)* **korzystać
z podwykonawcy:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa i adres podwykonawcy )

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:
* cena netto: …………………………………………….zł.

 słownie:..........................................................................................................................................,

ustaloną na podstawie sumy wynagrodzenia za badania wymienione w załączniku nr 2 do *Zapytania ofertowego*, t.j. *Formularzu asortymentowo-cenowym.* Zapłata dokonana będzie w sposób określony w Umowie.

1. Oświadczam, że cena ofertowa zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam, że usługi będące przedmiotem zamówienia będą przez nas wykonywane przez okres 36 miesięcy.
3. Oświadczam, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przed okres 30 dni licząc
od daty wyznaczonej na składanie ofert.
4. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w projekcie umowy
i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że zobowiązujemy się do podpisania umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz aktualizowania na bieżąco, bez konieczności wyzywania przez Zamawiającego, wszelkich zmian personalnych odnośnie danych lekarzy medycyny pracy zawartych w załączniku nr 1 - *Wykaz lekarzy realizujących usługę medyczną.*
6. Oświadczam, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

................................., dnia ................................

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

 *pieczątka/i imienna/e
i podpis/y upoważnionego/ych*

*przedstawiciela/i wykonawcy*