

NK.270.1.2023

Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert  
o udzielenie zamówienia publicznego o wartości  
mniejszej niż kwota 130 000 złotych

## FORMULARZ OFERTOWY

....., dnia .....2023 r.

.....

(Nazwa Wykonawcy)

.....

(Siedziba Wykonawcy)

.....

(Nr telefonu i faksu)

.....

(adres e-mail)

.....

(osoba do kontaktu)

### FORMULARZ OFERTOWY

**Skarb Państwa**

**Państwowe Gospodarstwo Leśne**

**Lasy Państwowe**

**Nadleśnictwo Przemków**

**Szklarki ul. Ceglana 3**

**59-170 Przemków**

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert o udzielenie zamówienia publicznego o wartości mniejszej niż kwota 130 000 złotych, na zamówienie „**Pakiet Ubezpieczenia zdrowotnego pracowników Nadleśnictwa Przemków oraz członków ich rodzin wraz z opieką z zakresu medycyny pracy**” składamy następującą ofertę:

1. Oferujemy realizację zamówienia: za cenę za świadczenie usług w ramach miesięcznych jednostkowych pakietów medycznych:

- a) cena wariantu podstawowego dla jednej osoby wynosi: ..... **zł brutto**,
- b) cena wariantu rodzinnego dla jednego pakietu wynosi: ..... **zł brutto**,
- c) cena wariantu partnerskiego (1+1) dla jednego pakietu wynosi: ..... **zł brutto**.

2. Usługę wykonamy w okresie: 01.04.2023-31.03.2025 r.

3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte (wraz z postanowieniami umowy).

4. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednią wiedzę, doświadczenie i potencjał kadrowy oraz techniczny, dające gwarancję należytego wykonania przedmiotu umowy.

5. Oświadczamy, że posiadamy możliwości zapewnienia usług z zakresu medycyny pracy oraz działalności leczniczej.

6. Oświadczamy, że dysponujemy do realizacji zamówienia następującymi placówkami:

Lp.	Nazwa i adres placówki	Nazwa Wykonawcy lub podmiotu wykazującego spełnienie warunku
Placówka położona najbliżej, w odległości nie większej niż 70 km od siedziby Zamawiającego		
1		
...		
Pozostałe placówki położone na terenie RP		
2.		
...		

7. Oświadczamy, że istnieje możliwość refundacji kosztów leczenia poza siecią placówek współpracujących TAK/NIE\*.

8. Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni.

9. Oświadczam, że wypełniłam(-em) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio

pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.(jeżeli dotyczy)\*

10. Załączamy szczegółową ofertę oraz .....

.....

(Podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

\*-niepotrzebne skreślić

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnie Rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)

