**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Generalna Dyrekcja Dróg
Krajowych i Autostrad**

**Oddział w Szczecinie, Rejon w Szczecinie**

**ul. Pomorska 47, 70-812 Szczecin**

Dotyczy zamówienia na:

**Wykonanie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla pracowników zatrudnionych w Rejonie w Szczecinie.**

**Usługa obejmuje: badanie kwalifikujące do szczepienia, szczepienie i szczepionkę.**

ja / my niżej podpisani:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa (firma) dokładny adres Zleceniobiorcy, NIP, REGON)

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia:

**Szczepienie przeciw KZM dla 7 pracowników zatrudnionych w Rejonie
w Szczecinie:**

**3 os. pełen cykl (3 x 3 dawki), 4 os. dawka przypominająca (4 x 1 dawka).**

**Cena 1 dawki (w tym: badanie lekarskie z kwalifikacją do szczepień, szczepienie i szczepionka) wynosi: ……………………………………… zł.**

**3 osoby pełen cykl - 3 dawki x 3 osoby = 9 dawek x …………... zł = ………….…… zł.**

**4 osoby dawka przypominająca - 4 dawki x ……………… zł = ………………… zł.**

**Łącznie: ………………………. zł**

Całkowitą cenę: netto ………………………………….., podatek Vat …………………%,
co łącznie stanowi cenę oferty brutto: .…………………………………………………………

(słownie zł: …………………………………………………………………………… brutto)

1. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia w terminie określonym w warunkach wykonania.
2. **OŚWIADCZAMY,** że spełniamy wymagania określone przez Zamawiającego
w warunkach wykonania.
3. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować do:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. OFERTĘ składamy na \_\_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *[data] [podpis]*

Dodatkowe informacje:

Warunki udziału w postepowaniu:

1. Sszczepienia będą wykonywane w poradni mieszczącej się na terenie miasta Szczecin.
2. Posiadanie uprawnień o wykonywania szczepień zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r.
o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.