**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Generalna Dyrekcja Dróg   
 Krajowych i Autostrad

Oddział w Krakowie

31-542 Kraków, ul. Mogilska 25

Dotyczy zamówienia na:

Usługi medyczne w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej na rzecz pracowników Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad w Krakowie, Wydziału Technologii Laboratorium Drogowego, Rejonu Kraków, Departamentu Strategii i Studiów oraz pozostałych osób wskazanych przez Zleceniodawcę w tym szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych.

Wykonawca:

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

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

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

(NIP, REGON)

oferuje przedmiot zamówienia o nazwie:

Usługi medyczne w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej na rzecz pracowników Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad w Krakowie, Wydziału Technologii Laboratorium Drogowego, Rejonu Kraków, Departamentu Strategii i Studiów oraz pozostałych osób wskazanych przez Zleceniodawcę w tym szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych.

za całkowitą cenę: netto …………………………….., wartość podatku Vat ………………zł,   
co łącznie stanowi cenę oferty brutto: .…………………………………………………………

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

zgodnie z załączonym formularzem cenowym.

Dodatkowe informacje1):

1. Oświadczam, iż przedmiot zamówienia będzie realizowany w następujących lokalizacjach:
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………

*nazwa (firma) dokładny adres*

……………………………………….……

*Odległość w/w placówki od siedziby Zleceniodawcy w linii prostej*

1. …………………………………………………………………………………………………………………………

*nazwa (firma) dokładny adres*

……………………………………….……

*Odległość w/w placówki od siedziby Zleceniodawcy w linii prostej*

1. Oświadczam, że w co najmniej jednej z w/w placówek:

* są możliwe do zrealizowania wszystkie usługi wyszczególnione w formularzu cenowym,
* jest zapewnione miejsce parkingowe dostępne dla pracownika Zleceniodawcy oraz dojazd tramwajowy/autobusowy z pośrednictwem MPK Kraków (przystanek w odległości nie większej niż 700 m od placówki medycznej).

1. Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia oraz dysponuje wymaganym personelem lekarzy specjalistów do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami Zleceniodawcy.

Załącznikami do oferty są:

1. Formularz cenowy.
2. Oświadczenie Wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu w zakresie przepisów sankcyjnych związanych z wojną w Ukrainie.

Dane kontaktowe Zleceniobiorcy:

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

(imię i nazwisko osoby prowadzącej spraw, nr telefonu, nr faksu, adres e-mail)

………………………………….2)

podpis Wykonawcy/Pełnomocnika

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

1) W przypadku zastosowania przez zamawiającego dodatkowych kryteriów niż cena należy formularz ofertowy uzupełnić o te kryteria.

2) Ofertę podpisuje osoba uprawniona.