Nazwa i adres wykonawcy Załącznik Nr 1

pieczęć wykonawcy

...…………………………………, dnia ……………..…… 2024 roku

**Formularz ofertowy**

W odpowiedzi na zaproszenie, składamy ofertę w postępowaniu bez stosowania przepisów ustawy PZP, o wartości do 130 000 zł na „Świadczenie dodatkowej kompleksowej opieki medycznej dla pracowników zatrudnionych w Nadleśnictwie Krynki”.

Podane ilości osób w ujęciu rocznym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Usługa | | Ilość osób | Cena jednostkowa (miesięczna) | Wartość roczna |
| 1 | Wariant I dodatkowej opieki medycznej (pakiet tańszy) - ryczałt miesięczny | 15 |  |  |
| 2 | Wariant II dodatkowej opieki medycznej (pakiet droższy) - ryczałt miesięczny | 20 |  |  |
| **OGÓLNA WARTOŚĆ ROCZNA** | | | |  |

1. Powyższe stawki będą obowiązywać przez okres trwania umowy.
2. Umowa będzie obowiązywać przez okres 1 roku (od 01.09.2024 do 31.08.2025 roku).
3. Termin płatności 14 dni.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami wykonania zamówienia zawartymi w ogłoszeniu oraz zdobyłem konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.

Miejscowość i data:

…………………………………………………………………….

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

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)