**Załącznik nr 4**

**do umowy nr …….**

**z dnia ………………………… r.**

FORMULARZ OFERTOWY

Generalna Dyrekcja Dróg   
Krajowych i Autostrad

00- 874 Warszawa

ul. Wronia 53

**Dotyczy zamówienia na:**

„Świadczenia Profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad – Centrala w Warszawie (00-874), ul. Wronia 53”

**Wykonawca:**

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

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

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

*(NIP, REGON)*

**oferuje przedmiot zamówienia o nazwie**: Świadczenia Profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad – Centrala w Warszawie (00-874), ul. Wronia 53”

za całkowitą cenę:

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

*(słownie zł* .…………………………………………………………………………………………………………………………*)*

**proponowana kwota za realizację zamówienia obliczona zgodnie   
z formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 5 (Wycena badań i świadczeń) do wzoru Umowy**

**Dodatkowe informacje:**

1. Adresy co najmniej trzech placówek Wykonawcy na terenie Miasta Stołecznego Warszawa (**warunek konieczny**):
2. ………
3. ………
4. ………
5. Adresy placówek Wykonawcy, placówek partnerskich lub współpracujących,   
   w każdym z miast, w których Zamawiający ma swój Oddział i w których Zamawiający będzie miał możliwość realizacji warunków zamówienia (**warunek fakultatywny**, **dodatkowo punktowany w kryterium oceny ofert**):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miasto | Nazwa placówki | Adres |
| 1 | Białystok |  |  |
| 2 | Bydgoszcz |  |  |
| 3 | Gdańsk |  |  |
| 4 | Katowice |  |  |
| 5 | Kielce |  |  |
| 6 | Kraków |  |  |
| 7 | Lublin |  |  |
| 8 | Łódź |  |  |
| 9 | Opole |  |  |
| 10 | Olsztyn |  |  |
| 11 | Poznań |  |  |
| 12 | Rzeszów |  |  |
| 13 | Szczecin |  |  |
| 14 | Wrocław |  |  |
| 15 | Zielona Góra |  |  |

**Dane kontaktowe:**

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

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

…………………………………………

(pieczęć i podpis Wykonawcy)