**FORMULARZ OFERTOWY**

ZAMAWIAJĄCY:

Regionalna Dyrekcja Ochrony Środowiska w Łodzi

ul. Traugutta 25

90-113 Łódź

WYKONAWCA:

Nazwa: …………………………………………………………………………………………………………….
Adres: ……………………………………………………………………………………………………………...

NIP: ……………………………..……………….. REGON: ………………………………………...………….

Osoba do kontaktów: …………………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………..……

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na:

**Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy na potrzeby**

**Regionalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska w Łodzi**

1. Oferuję realizację zamówienia za **łączną cenę brutto** ……………………………… (słownie złotych: …………………………..…….………….… …/100), zgodnie z Formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania.
2. Oświadczam, że:
3. cena zawiera prawidłowo naliczony podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
4. posiada odpowiednie warunki lokalowe, aparaturę i sprzęt medyczny ora kwalifikacje zawodowe do wykonywania usług medycznych objętych przedmiotem niniejszego postępowania;
5. jestem wpisany na dzień złożenia oferty do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej pod numerem ……………..….. oraz posiadam odpowiednie uprawnienia do prowadzenia świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy,
6. Miejsce świadczenia usług wskazanych w zapytaniu ofertowym: ………………………………………….. (adres placówki medycznej).
7. Posiadam umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
8. zapoznałem się z wymaganiami Zamawiającego dotyczącymi przedmiotu zamówienia, określonymi w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
9. zrealizuję zamówienie zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami,
10. ceny jednostkowe netto usług medycznych pozostaną niezmienne przez cały okres obowiązywania umowy. W ceny usług wliczyłem wszystkie koszty niezbędne do pełnej i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami,
11. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
12. w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy oraz w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego w sposób przez niego określony.

Zamawiający wyraża zgodę na przesłanie faktury w formie elektronicznej. Faktura zostanie wysłana
z adresu mailowego Wykonawcy …………………………….. [[1]](#endnote-1) na adres mailowy Zamawiającego: sekretariat.lodz@rdos.gov.pl.

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

miejscowość, data podpis i pieczątka osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy

1. należy wypełnić [↑](#endnote-ref-1)