Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o zamówieniu

Nr postępowania: BAG.261.4.2020.API

FORMULARZ OFERTY

Nazwa wykonawcy

...............................................................................................

...............................................................................................

...............................................................................................

Adres\*: ..................................................................................

TEL.\* .........…………................……………………………………………….

REGON\*: …………………................…………………………………………

NIP\*: …………………………………................………………………………

Nawiązując do ogłoszenia umieszczonego na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego **na świadczeniu usług medycznych dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w okresie od 1.10.2020r. – 30.09.2023r.** oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w Ogłoszeniu.

1. Cena oferty:

**1)** koszt miesięczny pakietu (**pakiet obejmujący medycynę pracy oraz specjalistyczne usługi medyczne) dla pracownika**:

cena netto zł, VAT ( %) zł,

cena brutto………………….zł

2) Całkowita cena\* oferty netto zł

( słownie…………………………………………………………..złotych)

3) Całkowita cena\* oferty brutto zł   
 ( słownie…………………………………………………………..złotych)

(\*całkowita cena=koszt miesięczny brutto/netto x 150 osób x cały okres świadczenia usług)

2*.* Oferujemy dodatkowo następujące pakiety w cenie:

1. Pakiet dla jednego członka rodziny( lub partnera ) – szacunkowa ilość  
    20 szt. to jest\*  
   cena netto……………………………………, VAT ( %)……..zł,

cena brutto………………………………………………………zł;

(\*koszt miesięczny pakietu x 20 szt.)

1. Pakiet dla 2 lub więcej członków rodziny – szacunkowa ilość 10 szt. to jest \*   
   cena netto………………..zł; VAT( %)……..zł

cena brutto………………………………………………………zł;

(\*koszt miesięczny pakietu x 10 szt.)

1) Całkowita cena dodatkowych pakietów oferty netto zł

( słownie…………………………………………………………..złotych)

2) Całkowita cena dodatkowych pakietów oferty brutto zł

( słownie…………………………………………………………..złotych)

(całkowita cena = suma a),b) x cały okres świadczenia usług)

1. Oświadczamy, że cena brutto kosztu pakietów podana w pkt. 1 i pkt. 2 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i warunkami udzielenia zamówienia Zamawiającego i nie wnosimy w tym przedmiocie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia i kwalifikacje, umożliwiające wykonanie w/w zamówienia oraz dysponujemy potencjałem kadrowym i technicznym, odpowiednim do wykonania tego zamówienia.
4. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania  
   i złożenia niniejszej oferty.
5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni roboczych od dnia upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od…..do….informacje

stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy.
2. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w ogłoszeniu.
3. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.
4. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty:
5. Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu według wzoru **Załącznik nr 4 do ogłoszenia o zamówieniu**
6. Oświadczenie o braku podstaw wykluczenia według wzoru **Załącznika nr 3 do ogłoszenia  
   o zamówieniu**
7. Opis potencjału technicznego według wzoru Załącznik nr 5 do ogłoszenia o zamówieniu
8. Liczba placówek medycznych Wykonawcy - według wzoru Załącznik nr 6 do ogłoszenia  
   o zamówieniu
9. Wykaz placówek medycznych Wykonawcy w Warszawie - według wzoru Załącznik nr 7 do ogłoszenia o zamówieniu
10. Wykaz placówek medycznych będących w dyspozycji Wykonawcy  
    w następujących miastach(…) – według wzoru Załącznik nr 8 do ogłoszenia o zamówieniu
11. Opłacona polisa, a w przypadku jej braku inny dokument potwierdzający, że WYKONAWCA jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia, na kwotę minimum 1.000.000 zł (słownie: jeden milion złotych).
12. Zaakceptowany projekt umowy
13. ……………………………………………….
14. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować do:

Imię i Nazwisko:……………………………………..

Adres:………………………………………………...

Telefon:……………………………………………...

Email ………………………………………………

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo