ZAŁĄCZNIK NR1

…………………………………….

pieczęć Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**SZCZEPIENIE PRZECIWKO GRYPIE PRACOWNIKÓW POWIATOWEJ STACJI SANITARNO – EPIDEMILOGICZNEJ W GOSTYNINIE**

**I.DANE WYKONAWCY:**

Pełna nazwa Realizatora (zgodnie z dokumentem rejestrowym).............................................................................................................................................

Adres(siedziba):.........................................................................................................................................

NIP:.......................................

Dyrektor/kierownik podmiotu leczniczego(imię i nazwisko, nr telefonu, fax)

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

Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)

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

Adres e-mail:.............................................................................................................................................

Telefon/Fax:...............................................................................................................................................

e-mail:........................................................................................................................................................

Ja/My niżej podpisany/-i ............................................................................................................

jako uprawniony do działania w imieniu i na rzecz Wykonawcy wskazanego wyżej, w odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania o cenę na usługę:

Szczepienie grupowe przeciwko grypie pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Gostyninie

składam/y przedmiotową ofertę:

II.OFERTA

Oferuję/-emy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto:..................................zł słownie:...........................................................................................

podatek VAT:....................zł słownie:...........................................................................................

netto:..................................zł słownie:.....................................................................

**Cena wykonania 1 szczepienia wynosi** :

.................... zł netto....................zł

…………………. zł brutto………………. zł

**Cena wykonania 1 szczepienia zawiera**:

1.przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia (przed szczepieniem),

2.dostarczenie szczepionki,

3.wykonanie usługi szczepienia (1 dawka),

4.zutylizowanie zużytych materiałów i sprzętu medycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami,

**3. ZAŁĄCZNIKAMI DO NINIEJSZEJ OFERTY** **SĄ:**

1)..................................................................

2)..................................................................

3)..................................................................

4)..................................................................

Na.............kolejno ponumerowanych stronach składam całość oferty.

dnia......................................... .................................................

(Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)