

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: .....

Siedziba .....

Adres poczty elektronicznej: .....

Strona internetowa: .....

Numer telefonu: .....

Numer faksu: .....

Numer REGON: .....

Numer NIP: .....

**Dane dotyczące zamawiającego:**

**Zespół Szkół Ekonomiczno – Hotelarskich im. Emilii Gierczak, 78-100 Kołobrzeg, ul. Łopuskiego 13**

Tel. 94 354 05 83, Faks: 94 354 05 93, e-mail: adm.zseh@wp.pl

występujący od 01.01.2017 w imieniu i na rzecz Powiatu Kołobrzесьkiego.

W umowie zostaną wskazane następujące dane do wystawienia faktury (rachunku): Powiat Kołobrzесьki pl. Ratuszowy 1, 78-100 Kołobrzeg NIP 371-17-26-292, zostanie określony jako zamawiający (nabywca), a usługa będzie wykonywana na potrzeby Zespołu Szkół Ekonomiczno – Hotelarskich im. Emilii Gierczak w Kołobrzegu będącego odbiorcą.

**Nazwa i przedmiot zamówienia:**

Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi dla pracowników Zespołu Szkół Ekonomiczno – Hotelarskich im. Emilii Gierczak w Kołobrzegu

**Wartość zamówienia:**

Oferuję następujące ceny za wykonanie niżej wymienionych badań:

- badanie profilaktyczne (wstępne, okresowe, kontrolne) .....
- badanie laryngologiczne .....
- badanie okulistyczne .....
- badanie neurologiczne .....
- badanie laboratoryjne (podstawowe – morfologia, mocz, cukier) .....
- badanie sanitarne (książeczka zdrowia) .....

Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru najkorzystniejszej oferty.

Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.

**Termin wykonania zamówienia:** od 1 stycznia 2018r. do 31 grudnia 2018r.

**Warunki płatności:** Zapłata za wykonanie badań dla skierowanych przez Zamawiającego pracowników będzie następować na podstawie faktury (rachunku) z załączonym zamówieniem do przeprowadzenia badań lub innych czynności określonych w przedmiocie zamówienia.

Termin płatności określono na 21 dni od daty otrzymania faktury (rachunku) przez Zamawiającego

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z Ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125 poz. 1317 z późn. zm.).
3. Oświadczamy, że posiadamy wymagane przepisami prawa uprawnienia do wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Oświadczamy, że posiadamy wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy.
6. Oświadczamy, że zaoferowane ceny brutto pozostają niezmiennie przez okres obowiązywania umowy.
7. Oświadczamy, że badania będą przeprowadzane w .....  
przy ul. ...., w następujące dni robocze  
.....
8. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.

.....  
(data i czytelny podpis wykonawcy)