

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 (brutto) 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)
- wpis do książki sanitarnej
- badanie lekarskie kwalifikujące na urlop zdrowotny

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

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

Do formularza oferty zostaje dołączony pełny cennik świadczonych przez nas usług obejmujących usługi nie wymienione powyżej.

Termin wykonania zamówienia: od 1 stycznia 2021r. do 31 grudnia 2021r.

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)