

FORMULARZ OFERTY

Działając w imieniu i na rzecz:

.....

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

.....

Adres Wykonawcy:

(proszę podać zgodnie z wpisem do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej)

NIP:

REGON:

Tel

Fax

http//

e-mail:

Osoba do kontaktów:

W odpowiedzi na Państwa zapytanie ofertowe na „**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami Zespołu Szkół Agrotechnicznych i Ogólnokształcących im. St. Staszica w Swarzędzie przy ulicy Szkolnej 2, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.**”

składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym.

1. Oświadczam, że jestem wpisany na dzień złożenia oferty do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej, zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 169, poz. 1781, z późn. zm.) pod numerem.....

2. Informuję, że badania dla Państwa jednostki wykonywane będą w placówce:

Adres placówki

3. Oferujemy wykonanie badań oraz usług z zakresu medycyny pracy:

CENNIK USŁUG

Zakres usługi/Nazwa badania	Cena jednostkowa brutto
Okulista	
Neurolog	
Laryngolog	
Cholesterol całkowity	
Glukoza	
Morfologia + rozmaz krwi	
Mocz – badanie ogólne	
OB	
EKG z opisem	
RTG klatki piersiowej – duży obrazek	
Badanie lekarza medycyny pracy + zaświadczenie	
Badanie kontrolne	

4. Oświadczamy, że oferowane **cenę brutto** są stałe i będą obowiązywały przez cały okres realizacji zamówienia.
5. Zobowiązujemy się realizować zamówienie w terminie: od dnia 14 kwietnia 2014 r. – do dnia 13 kwietnia 2017 r.
6. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od dnia upływu terminu na składanie ofert.

....., dnia 2014 r.
(podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)