**FORMULARZ OFERTY**

**na świadczenie przez Wykonawcę usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników**

**Oddziału Regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Kielcach
i podległych Placówek Terenowych**

* + 1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy:

.............................................................................……...................................................…..............................................................................…….............................................................................….

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

REGON: ..........................................................

* + 1. Kalkulacja cenowa Wykonawcy za realizację całości przedmiotu zamówienia:

Oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia za cenę netto: ……….…....…. zł, a wraz z należnym podatkiem VAT w wysokości .......… % za cenę brutto: ...................................… zł;

* + 1. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego, nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń i oferujemy termin realizacji zamówienia od 02.01.2018r. do 31.12.2019r.
		2. Akceptujemy zawarty w ogłoszeniu projekt umowy i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia pisemnej umowy na powyższych warunkach.
		3. Wobec………………………………………………………….. nie otwarto likwidacji.

 (podać nazwę wykonawcy)

* + 1. Deklarujemy, że miejscem wykonywania przedmiotu zamówienia będzie:

……………………………………………………………………………………................……..

 (podać adres placówki medycznej w Kielcach)

* + 1. Oświadczamy, że:
1. posiadamy doświadczenie oraz odpowiedni potencjał techniczny,
2. dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, które posiadają odpowiednie kwalifikacje zawodowe i uprawnienia,
3. znajdujemy sie w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na wykonanie przedmiotu zamówienia,
4. uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące niniejszego zamówienia.
	* 1. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty
		są:
		2. Formularz cenowy
		3. ………………………………….
		4. ………………………………….

 *.............................*, *dnia ...2017 roku ...........................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
 do składania oświadczeń woli
 w imieniu Wykonawcy)*