Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

Na sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i kandydatami do pracy w Oddziale Regionalnym KRUS w Gdańsku i podległych w Placówkach Terenowych

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

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

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

NIP: ………………………..…….

REGON: …………………………

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

1. oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia za cenę netto: ……………… zł., a wraz z należnym podatkiem VAT w wysokości … % za cenę brutto: ………….…… zł;
2. Deklarowana ilość przychodni medycyny pracy zlokalizowanych na terenie działania podległych Placówek Terenowych KRUS (w Bytowie, Chojnicach, Człuchowie, Kartuzach, Kościerzynie, Kwidzynie, Lęborku, Malborku, Słupsku, Starogardzie Gdańskim, Sztumie, Tczewie oraz Wejherowie)…………………………………………….

podać ilość i nazwę miejscowości

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….,

1. przedmiot zamówienia : jest objęty/nie jest objęty\* odwrotnym obciążeniem VAT.
   * 1. Oferujemy termin realizacji zamówienia: od dnia 01.09.2021 r. do dnia 31.12.2022 r.
     2. Warunki gwarancji: nie dotyczy
     3. Forma zabezpieczenia należytego wykonania umowy : nie dotyczy
     4. Pozostałe dane do kryteriów oceny ofert: nie dotyczy
     5. Oświadczam, iż zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
     6. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną w zakresie ochrony i przetwarzania danych osobowych.
     7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia
     8. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:
     9. parafowany wzór umowy;
     10. formularz cenowy.

*Miejscowość* , *dnia 2021 roku.*

*………………………………………………………*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

*\**niepotrzebne skreślić

\*\* rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w   
 związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE   
 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).