

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Oddziału
Regionalnego KRUS w Opolu oraz podległych Placówek Terenowych

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy:

.....
NIP:

REGON:

Osoba do kontaktu:.....

Tel.:.....

2. Kalkulacja cenowa Wykonawcy za realizację przedmiotu zamówienia:

- Wzorcowy pakiet usług:

Lp.	Badania Laboratoryjne	Cena netto	Stawka Vat %	Cena brutto
1.	OB.			
2.	Morfologia			
3.	Mocz			
4.	Cukier			
Badania Lekarskie		Cena netto	Stawka Vat %	Cena brutto
1.	Badania lekarza medycyny pracy z wydaniem orzeczenia			
2.	Badanie okulistyczne			
3.	Badanie neurologiczne			
Inne		Cena netto	Stawka Vat %	Cena brutto
1.	Badania psychotechniczne			
Łącznie				

3. Deklarujemy, że przedmiot zamówienia wykonywany będzie w Opolu:

.....
(proszę podać nazwę i adres placówki medycznej, w której będą wykonywane badania)

4. Rejestracja i badania lekarskie odbywać się będą od do
w godzinach od.....do

5. Oświadczam, iż zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

6. Oświadczam, że podana w ofercie cena zawiera wszystkie elementy kosztów kalkulacyjnych i zamawiający nie będzie ponosił żadnych innych opłat z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia. Podana w ofercie cena nie ulegnie zmianie przez cały okres trwania umowy.
7. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:
 - 1) parafowany wzór umowy;
 - 2) cennik świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej
 - 3) Klauzula informacyjna dla uczestników postępowania
 - 4) Oświadczenie o wykluczeniu z postępowania

Miejscowość....., dnia2024 roku.

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