*ZAŁĄCZNIK NR 1*

........................., dnia ...............2020 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznegona usługi medyczne obejmujące profilaktyczne badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne, dodatkowe, sanitarno-epidemiologiczne, badania diagnostyczne, badania laboratoryjne, konsultacje specjalistyczne), żołnierzy zawodowych i pracowników wojska jednostek oraz instytucji będących na zaopatrzeniu 24 Wojskowego Oddziału Gospodarczego w Węgorzewie jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia składam/ składamy ofertę w tym postępowaniu.

**I. ZAMAWIAJĄCY I WYKONAWCA**

-Dane dotyczące ZAMAWIAJĄCEGO

24 Wojskowy Oddział Gospodarczy

11 – 500 Giżycko,

ul. Nowowiejska 20

fax**:** 261335641

REGON: 280602118

NIP: 845-197-50-09

**- Dane dotyczące WYKONAWCY**

Nazwa :………………………………………………………………………………………

Siedziba:…………………………………………………………………………………….

Nr Rejestru KRS /CEIDG:…………………………………………………………………

Nr NIP:………………………………………………………………………………………

NR REGON :……………………………………………………………………………….

Nr telefonu /faks:………………………………………………………………………….

Adres poczty elektronicznej………………………………………………………………

**II. Kryterium oceny oferty:**

***UWAGA:***

***Składając ofertę na kilka zadań, należy wypełnić tabele oddzielnie dla każdego zadania, złożyć pod nimi podpis, pozostałe należy przekreślić***

**ZADANIE NR 1 - Badania laboratoryjne**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 2 – Badania RTG**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

 *(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 3 – Badania TK**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 4 - Konsultacja Okulistyczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 5 - Konsultacja Laryngologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 6 – Konsultacja Neurologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 7 – Konsultacja Psychiatryczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 8 – Konsultacja Psychologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: ........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 9 – Konsultacja Kardiologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 10 – Konsultacja Pulmunologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 11 – Konsultacja Diabetologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 12 – Konsultacja Gastrologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 13 – Konsultacja Urologiczna**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 14 – Badanie lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań
w zakresie pracy przy narażeniu na mikrofale**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

**ZADANIE NR 15 - Badanie Kierowców**

|  |
| --- |
| **cena oferty brutto...........................................zł**(słownie: .........................................................................................................) |

*(imię, nazwisko i podpis) …………………………………………………………………*

1. **OŚWIADCZENIA, ZOBOWIĄZANIA, ZASTRZEŻENIA WYKONAWCY**

|  |
| --- |
| 1. Oświadczam, że znana jest mi pełna treść ogłoszenia oraz pełna treść załączników do ogłoszenia oraz wzoru umowy i nie wnoszę zastrzeżeń do brzmienia treści tych dokumentów. Jednocześnie w przypadku wyboru mojej/ naszej oferty zobowiązuję/ my/\* się do zawarcia umowy na przedstawionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. Oświadczam, że akceptuję termin realizacji zamówienia.
3. Oświadczam, iż uważam się za związanego powyższą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania oferty.
4. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
 |

**\* niepotrzebnie skreślić**

1. **INFORMACJE DODATKOWE WYKONAWCY, W TYM DOTYCZĄCE ZAMIARU POWIERZENIA CAŁOŚCI BĄDŹ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA PODWYKONAWCY:**

…………………………………………………………………………………………………………

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

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

***(imię, nazwisko i podpis) ……………………………………………………………….***

\*(Podpis osób figurujących w odpowiednich rejestrach i uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z upoważnieniem). Uwaga : pola zaznaczone linią / kropka uzupełnić danymi. Osoba składająca oświadczenie na formularzu ofertowym ponosi pełną odpowiedzialność za treść złożonego oświadczenia na zasadach określonych w *art.* *297 ust. 1 Kodeksu karnego ( Dz.U. Nr 88, poz. 553 z póź. zmianami).*