

.....
(pieczęć adresowa Zleceniobiorcy)
NIP:
REGON:.....
tel.:
fax:
adres e – mail:

FORMULARZ CENOWO - OFERTOWY

Zamawiający:
GMINA GRYFICE
Zakład Usług Komunalnych
ul. Zielona 5
72-300 Gryfice

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia skierowane do Zleceniobiorcy w oparciu o art. 4 pkt 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2019r. poz. 1843 ze zm.) w związku z zamówieniem publicznym pn.:

Wykonywanie badań lekarskich z zakresu medycyny pracy dla pracowników Zakładu Usług Komunalnych w Gryficach w okresie od 1 stycznia 2020r. do 31 grudnia 2020r.
(opis przedmiotu zamówienia)

Ja/My, niżej podpisany/i,

działając w imieniu i na rzecz:

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie wynikającym z zapytania ofertowego DK/PU/1/11/2019 na kwotę:**

Brutto: _____ zł

/słownie brutto/

Lp.	Rodzaj badania	Liczba planowanych badań	Cena brutto za 1 badanie (w zł)	Cena brutto ogółem z kol. 4 x ilość z kol. 3 (w zł)
1	2	3	4	5
BADANIA LEKARSKIE				
1.	Badanie lekarza medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia i orzeczenia	75		
2.	Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych i wydanie orzeczenia	5		
3.	Badanie audiometryczne słuchu	10		
4.	Badanie dla kierowców (kat. B,C,D,T)	10		
5.	Przedłużanie uprawnień dla kierowców powyżej 3,5 t	10		
6.	OGÓŁEM	110		

2. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie od 1 stycznia 2020r. do 31 grudnia 2020r.
3. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni licząc od daty wyznaczonej na składanie ofert.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w projekcie umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zleceniodawcę.

.....
 /Miejscowość i data/

.....
 /Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do podpisywania oferty/