**OFERTA WYKONAWCY**

**Wykonawca:**

Nazwa (firma)………………………………………………………………………………………………………………………

Siedziba……………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu i adres mailowy ………………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr NIP…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Reprezentowany przez……………………………………………………….\*

\*w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wykonawców, np. wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum

Zgodnie z zapytaniem ofertowym z dnia 09 grudnia 2020 r. na:

„Świadczenie usług medycznych polegających na wykonaniu badań profilaktycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Powiecie Warszawskim Zachodnim z siedzibą w Ożarowie Mazowieckim (05-850) przy ulicy Poznańskiej 131A w 2021 r., oferujemy następujące ceny:

**USŁUGI Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cena netto: |  |  |
| Podatek VAT: |  |  |
| Cena brutto: |  |  |
| (słownie) |  |  |

Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że:

* zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń,
* zaoferowana przez nas cena oferty zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia,
* zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia w terminie określonym w zapytaniu ofertowym,
* zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
* przyjmujemy do wiadomości i akceptujemy zapisy klauzuli informacyjnej zawartej w zapytaniu ofertowym z dnia 7 grudnia 2020 r.

Do oferty załączam następujące dokumenty stanowiące integralną część oferty:

1. ………………………………………………………………………………………………………………..

2. ……………………………………………………………………………………………………………….

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

(data, podpis i pieczęć Wykonawcy)