***ZAŁĄCZNIK nr 3***

**(WZÓR)**

**Formularz oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca** (pełna nazwa/firma, adres) |  |
| **w zależności od podmiotu:** **numer KRS/CEiDG** |  |
| **(imię, nazwisko, podstawa do reprezentacji)** |  |
| **NIP/REGON** |  |
| **telefon**  |  |
| **fax** |  |
| **e-mail** |  |
| **osoba do kontaktów z Zamawiającym** |  |

**W przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać pełne nazwy i dokładne adresy wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, a także wskazać pełnomocnika)**

**Narodowa Agencja Wymiany Akademickiej**

**ul. Polna 40**

**00-635 Warszawa**

**OFERTA**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenie usług medycyny pracy dla Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym:

Oferuję/emy realizację przedmiotu zamówienia za cenę brutto: .............................................. zł brutto\*

*\*Obliczone na podstawie formularza kalkulacji cenowej*

Skalkulowane na podstawie załącznika nr 3a.

**Oświadczam, że zrealizujemy przedmiot zamówienia zgodnie z zapisami ogłoszenia o zamówieniu.**

**Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany przez Zamawiającego z zapytaniu ofertowym, tj. przez okres 30 dni uwzględniając, że termin składania ofert jest pierwszym dniem biegu terminu.**

Wykonawca oświadcza, że spełnia warunki udziału w zamówieniu określone przez Zamawiającego i jest wpisany do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.).

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z zamówienia na podstawie …………………………………………………………………..………… ogłoszenia

 *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w Rozdziale VI ust. 7 pkt 1-15)*

o zamówieniu na usługi społeczne.

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, podjąłem następujące środki naprawcze:

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

Oświadczam, że informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Oświadczam, że wykonałem obowiązek informacyjny Zamawiającego, o którym mowa w art. 14 rozporządzenia 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) wobec osób, których dane zostały udostępnione Zamawiającemu w ramach złożonej oferty.

**Pełnomocnik Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

zgodnie z załączonym pełnomocnictwem pełnomocnikiem do reprezentowania nas, jako Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie przedmiotowego zamówienia jest

|  |
| --- |
| *………………………………………………………………………………………………* |

..............................., dn. ......................... ...............................................................

*Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

**ZAŁĄCZNIK nr 3a do ogłoszenia o zamówieniu na usługi społeczne**

**Formularza kalkulacji cenowej dla usług medycyny pracy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **Cena jednostkowa** | **Szacowana ilość** | **Wartość brutto (kolumna 3 x 4)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Stanowiska kierownicze – badania wstępne/okresowe |  | 9 |  |
| 2. | Pracownik biurowy – badania wstępne/okresowe |  | 43 |  |
| 3. | Stanowiska kierownicze – badania kontrolne |  | 2 |  |
| 4. | Pracownik biurowy – badania kontrolne |  | 5 |  |
| 5. | Dodatkowe badania okulistyczne(wraz z wydaniem zaświadczenia o konieczności używania okularów korygujących wzrok podczas pracy związanej z użytkowaniem monitora ekranowego – bez doboru szkieł okularowych) |  | 52 |  |
| 6 | Badania psychotechniczne |  | 5 |  |
| 7 | Konsultacja neurologiczna (do badań psychotechnicznych) |  | 5 |  |
| 8. | **Suma zł (poz. 1-7)\*\*** |  |

**\*\* Wartość całkowitą z wiersza 8 kolumna 5 należy wstawić do formularza oferta** **jako cena za zamówienie**