Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

FORMULARZ OFERTOWY

Wykonawca:

Nazwa: ……

Siedziba: ……

Nr telefonu/faksu……

Adres e-mail……

NIP……

Osoba upoważniona do kontaktów: …… tel. ……

W odpowiedzi na ZAPYTANIE OFERTOWE z dnia 18.11.2020 r. dotyczące świadczenia usług medycznych obejmujących profilaktyczne badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne) pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Obornikach i kandydatów do pracy w 2021 r., oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto badania:
1.	Badanie lekarza medycyny pracy + wydanie orzeczenia	**…… PLN**
Cena brutto za badanie wskazane w poz. 1: ……PLN **Słownie: …… PLN**		
		Cena brutto badania:
2.	Badanie lekarza okulisty	**…… PLN**
3.	Badanie ogólne moczu	**…… PLN**
4.	Badanie profilu lipidowego (lipidogram)	**…… PLN**
5.	Badania krwi (morfologia + OB)	**…… PLN**
6.	Badanie EKG spoczynkowe	**…… PLN**
Łączna cena brutto za badania wskazane w poz. 2-6: ……PLN **Słownie: …… PLN**		
		Cena brutto badania:
7.	Badanie dla celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia	**…… PLN**
8.	RTG klatki piersiowej	**…… PLN**
9.	Badanie psychologiczne dla kierowców	**…… PLN**
10.	Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia	**…… PLN**
11.	Badanie laryngologiczne	**…… PLN**
12.	Praca na wysokościach do 3 m	**…… PLN**
Łączna cena brutto za badania wskazane w poz. 7-12: …… PLN **Słownie: …… PLN**		

Oświadczam, że:

a. zapoznałam/em się z zapytaniem ofertowym na ww. usługi i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte,
b. zdobyłam/em wszelkie informacje konieczne do przygotowania oferty,
c. w cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty prawidłowego wykonania zamówienia,
d. spełniam wszystkie wymagania wskazane zapytaniu ofertowym.

Do oferty załączam:

- oświadczenie o braku powiązań z Zamawiającym

…… ……

miejscowość, data czytelny podpis Wykonawcy/podpis i pieczęć

Załącznik nr 2 - Oświadczenie o braku powiązań z Zamawiającym

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU POWIĄZAŃ Z ZAMAWIAJĄCYM

Wykonawca:

Nazwa: ……

Siedziba: ……

Nr telefonu/faksu……

Adres e-mail……

NIP……

Osoba upoważniona do kontaktów: …… tel. ……

W odpowiedzi na ZAPYTANIE OFERTOWE z dnia 25.11.2019 r. świadczenia usług medycznych obejmujących profilaktyczne badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne) pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Obornikach i kandydatów do pracy w 2020 r., oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo* z Zamawiającym, tj. Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Obornikach, ul. M. J. Piłsudskiego 76, 64-600 Oborniki.

Powiązania, o których mowa polegają w szczególności na:

1. uczestnictwie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli

……. ……

miejscowość, data czytelny podpis Wykonawcy/podpis i pieczęć

_____

**Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą.*