



OFERTA CENOWA

Nawiązując do zapytania ofertowego z dnia **05.03.2018** nr RPMA.10.03.04/RR/02/2017 na:

Zakup usługi medycyny pracy dla uczestników projektu „Kwalifikacje zawodowe dla rozwoju Mazowsza” do Centrum Kształcenia w Wyszkowie

Prowadzonego zgodnie z procedurą rozeznania rynku w formie zapytania ofertowego przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Warszawie, Centrum Kształcenia w Wyszkowie, w celu realizacji projektu pn. „Kwalifikacje zawodowe dla rozwoju Mazowsza” Poddziałanie 10.3.4 Kształcenie oraz doskonalenie zawodowe osób dorosłych współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oferuje realizację przedmiotu zamówienia:

<p>CZĘŚĆ 1:</p> <p>ŚWIADCZENIE PRZEZ WYKONAWCĘ NA RZECZ ZAMAWIAJĄCEGO USŁUG BADAŃ LEKARSKICH Z ZAKRESU MEDYCZYNY PRACY Z WYDANIEM ORZECZENIA DLA 24 DOROSŁYCH UCZESTNIKÓW 2 SZKOLEŃ "KUCHARZ".</p> <p>CENA BRUTTO ZA 1 BADANIE</p> <p>SŁOWNIE: /100</p> <p>CENA BRUTTO RAZEM ZA BADANIA DLA 24 UCZESTNIKÓW:Zł</p> <p>SŁOWNIE: /100</p>
--

Dane dotyczące - Wykonawcy:.....
Nazwisko i imię/ nazwa firmy:.....
Osoba relacjonująca zadanie:.....
Numer telefonu:.....
Numer REGON:.....
Numer NIP:.....

- oświadczam, że cena brutto obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia w tym koszty przedstawione w zapytaniu;
- oświadczam, że posiadam stosowne uprawnienia do świadczenia usługi objętej zamówieniem;
- oświadczam, że uzyskałem/łam od Zamawiającego wszelkich informacji niezbędnych do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty zgodnie z wymogami określonymi w zamówieniu;
- oświadczam, że zapoznałem/łam się z zamówieniem i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uznaje się za związanego określonymi w niej zasadami, przez okres 60 dni od daty złożenia oferty;
- oświadczam, że zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego;

imię i nazwisko, podpis osoby/ osób
upoważnionych do składania
oświadczeń woli



Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE
o spełnieniu wymagań udziału w postępowaniu**

W imieniu firmyoświadczam, iż:

1. Spełniamy warunki udziału w postępowaniu
2. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązuje się do wykonywania zamówienia za stawkę wynagrodzenia podanej w niniejszym formularzu.
3. W przypadku wyboru naszej oferty wyrażam gotowość do realizacji wskazanych zadań w terminach i wymiarze godzinowym uzgadnianych każdorazowo z Zamawiającym.
4. Oświadczam, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od daty, w której upływa termin składania ofert.
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy umowę z Zamawiającym na zasadach określonych w Zapytaniu Ofertowym.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego i akceptujemy je bez zastrzeżeń.
7. W ostatnich 3 latach poprzedzających dzień złożenia niniejszej oferty nie wyrządziliśmy Zamawiającemu szkody poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania, które było następstwem okoliczności, za które ponieśliśmy odpowiedzialność;
8. W ostatnich 3 latach poprzedzających dzień złożenia niniejszej oferty nie uchyliliśmy się od podpisania umowy z Zamawiającym pomimo wyboru oferty.
9. Oświadczamy, iż firmanie znajduję się w stanie likwidacji lub ogłoszenia upadłości.

Miejscowość....., data.....2018r.

.....
(pieczęć i czytelny podpis osoby uprawnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)



Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

W imieniu firmyoświadczam, iż:

- 1) Firma posiada uprawnienia do wykonania określonej działalności lub czynności: jest wpisana do Rejestru podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez wojewodę, właściwego ze względu na siedzibę Oferenta, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 oraz posiada prawo do prowadzenia świadczeń zdrowotnych zakresu medycyny pracy.
- 2) Firma dysponuje odpowiednim potencjałem organizacyjno-technicznym: posiada bazę lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych, będących przedmiotem zamówienia, zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z 26 czerwca 2012 roku oraz posiada wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług, będących przedmiotem zamówienia.
- 3) Firma dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia: zatrudnia lekarzy posiadających specjalizacje w dziedzinie medycyny pracy oraz spełniających wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 2067). ; w liczbie niezbędnej do pełnej realizacji przedmiotu zamówienia.
- 4) Składamy wraz z ofertą cenową kopię wpisu do rejestru podmiotów leczniczych.

Miejscowość....., data.....2018r.

.....
(pieczęć i czytelny podpis osoby uprawnione
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)