Znak sprawy: AG.341.36.2024

**Załącznik nr 1 do ZO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DOTYCZĄCY POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO O WARTOŚCI PONIŻEJ 130 000 ZŁOTYCH**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe w postępowaniu o udzieleniu zamówienia publicznego o wartości poniżej 130 000 złotych na:

**Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy**

**dla pracowników Domu Pomocy Społecznej w Grudziądzu**

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

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

 *nazwa (firma) i adres Wykonawcy/Wykonawców*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy)
i dokładne adresy wszystkich Wykonawców)*

NIP …………………….

REGON …………………….

TEL. .…..……………….

E-MAIL …………………….

1. Na warunkach opisanych w Zapytaniu ofertowym oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość ofertowa brutto: | ……………………………………. zł |

słownie brutto: ………………………………………………………………………………….

1. Zobowiązujemy się wykonać wyżej wymienioną usługę w terminie wskazanym w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczamy, że zdobyliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Akceptujemy umowę oraz warunki płatności określone przez Zamawiającego w projekcie umowy.
4. Następujący zakres prac zamierzamy zlecić podwykonawcom:

……………………………………………………………………………………………..

1. W przypadku wybrania naszej oferty zapłata zostanie wykonana na nasze konto w:……………...…….…nr rachunku ……………………………………………………..
2. Przedstawicielem Wykonawcy koordynującym zamówienie jest Pan/Pani:

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

telefon kontaktowy:…………………………………………………………………………

e-mail:……………………………………………………………………………………….

8. Osoba upoważniona do podpisania umowy w imieniu Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………

1. Do niniejszej oferty dołączamy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………

 (pieczęć i podpis upoważnionego

 przedstawiciela Wykonawcy)