Formularz 1.1.

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy/nazwy Wykonawców)* | **OFERTA** |

Do: ……………….

Nawiązując do ogłoszenia umieszczonego w dniu ….12.2016r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w sprawie zapytania ofertowego na **Świadczenie na rzecz Zamawiającego usług prawniczych w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym   
w 2017r. (w okresie 12 miesięcy).**

**My, niżej podpisani:**

................................................................................................................................,

działając w imieniu i na rzecz

*(nazwa/firma dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie, podać nazwy/firmy i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej)*

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie usługi prawniczej zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy.
2. **OFERUJEMY** wykonanie usługi prawniczej za cenę:

* łącznie w całym okresie obowiązywania umowy (12 miesięcy) ……… zł + podatek VAT……%...........zł – razem brutto zł ………… (słownie złotych: ............................. .......................................................................................................................................)

zgodnie z załączonym do oferty Formularzem cenowym.

1. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania przedmiotu zamówienia w terminach określonych w zapytaniu ofertowym
2. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego we wzorze umowy
3. **JESTEŚMY ZWIĄZANI** niniejszą ofertą przez czas …..dni roboczych od upływu terminu składania ofert.
4. **OŚWIADCZAMY**, że sposób reprezentacji Wykonawcy\*/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia jest następujący: ……………………………………….……………….…………………………………………………………………….……………………………….……………………………………

*(wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę - spółki cywilne lub konsorcja)*

1. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami\*/przy udziale podwykonawców w następującym zakresie\*:

*(zakres powierzonych usług)*

*(zakres powierzonych usług)*

.

1. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty - do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w umowie w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

Imię i nazwisko:

tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, faks: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OFERTĘ** niniejszą składamy na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ stronach.

**13. WRAZ Z OFERTĄ** składamy następujące oświadczenia i dokumenty na \_\_ stronach:

-informacja z KRS lub ewidencji działalności gospodarczej

-dokument potwierdzający wpis na listę adwokatów lub radców prawnych (dopuszcza   
się wydruk z systemu elektronicznego rejestru radców prawnych lub adwokatów) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*

Formularz 1.2.

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy/nazwy Wykonawców)* | **FORMULARZ CENOWY** |

Nawiązując do ogłoszenia umieszczonego na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w sprawie zapytania ofertowego na **Świadczenie na rzecz Zamawiającego usług prawniczych w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym w 2017r**

oświadczamy, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówieniazgodnie z poniższymi cenami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element rozliczeniowy** | **Liczba godzin  w okresie obowiązywania umowy** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Wartość netto**  **w zł**  (3×4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | *Świadczenie na rzecz Zamawiającego usług prawniczych w miesiącach I-XII 2017 r.* | 432 |  |  |
| **RAZEM CENA NETTO** | | | |  |
| **PODATEK VAT 23 %** | | | |  |
| **RAZEM CENA BRUTTO** | | | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*

**Formularz 1.3.**

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy/nazwy Wykonawców)* | **POTENCJAŁ KADROWY –**  **OSOBY ZDOLNE DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA** |

Składając ofertęw nawiązaniu do ogłoszenia umieszczonego na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w sprawie **Świadczenie na rzecz Zamawiającego usług prawniczych w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym w 2017r**

przedkładamy wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w celu wykazania spełniania opisanego przez Zamawiającego warunku dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Funkcja** | **Wymagania dla danej funkcji** | **Nazwisko i imię** | **Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie potwierdzające spełnianie wymagań** | **Podstawa dysponowania** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| *1.* | *Radca prawny /adwokat* | - ….. lat doświadczenia przy świadczeniu usług prawniczych  - …… lat doświadczenia w zakresie bieżącej obsługi prawnej urzędów administracji rządowej  - ….. data wpisu na listę radców prawnych lub adwokatów, |  |  |  |

*UWAGA:*

Minimalne wymagania 7 lat świadczenia usług prawniczych,

7 lat doświadczenia w zakresie bieżącej obsługi prawnej urzędów administracji rządowej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*

**Formularz 1.3.a**

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy/Wykonawców)* | **OŚWIADCZENIE**  **dotyczące wymaganych uprawnień** |

Składając ofertęw nawiązaniu do ogłoszenia umieszczonego na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego na **Świadczenie na rzecz Zamawiającego usług prawniczych w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym w 2017r**

w imieniu Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają następujące uprawnienia. ………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*