ZAŁĄCZNIK NR 1

FORMULARZ OFERTOWY

Ja, niżej podpisany.

działając w imieniu i na rzecz

firma (nazwa lub nazwisko) oraz adres wykonawcy

NIP:

REGON:

Numer telefonu /faksu

Nawiązując do ogłoszenia umieszczonego w dniu 14.06.2017 na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w sprawie zapytania ofertowego na **Świadczenie usługi opieki medycznej dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w okresie od 19.08.2017-20.08.2018r.** oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym.

1. Cena oferty (pakiet nie zawierający rehabilitacji)

1) abonament miesięczny dla 1 osoby uprawnionej/pracownika:

cena netto zł, VAT ( %) zł, cena brutto………………….zł

(słownie brutto: złotych)

2) całkowita cena oferty brutto zł

(abonament miesięczny brutto x 130 osób x 12 miesięcy)

2. Cena oferty (pakiet zawierający rehabilitację)

1) abonament miesięczny dla 1 osoby uprawnionej/pracownika:

cena netto zł, VAT ( %) zł, cena brutto………………….zł

(słownie brutto: złotych)

2) całkowita cena oferty brutto zł

(abonament miesięczny brutto x 130 osób x 12 miesięcy)

3. Oferujemy następujące dodatkowe pakiety (rodzinny, partnerski, seniorski (fakultatywnie) w cenie:

1. …………………………………………………………..(cena brutto……zł; VAT….)
2. .......................................................................................... (cena brutto……zł; VAT….)
3. ……………………………………………………………(cena brutto……zł; VAT….)

Oświadczamy, że cena brutto abonamentu podana w pkt. 1 i pkt. 2 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i warunkami udzielenia zamówienia Zamawiającego i nie wnosimy w tym przedmiocie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera na stronach nr od do informacje

stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
3. Ofertę niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.
4. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

1)



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

10)

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

11)

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

12)

11. Upoważniamy Dyrektora Generalnego Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego lub jego upoważnionych  
przedstawicieli do przeprowadzenia badań mających na celu sprawdzenie oświadczeń,  
dokumentów i przedłożonych informacji podanych w ofercie oraz w załącznikach do  
oferty.

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

Załącznik Nr 2

OPIS POTENCJAŁU TECHNICZNEGO

Potwierdzenie spełniania warunku - dysponowanie odpowiednim potencjałem technicznym

Składając ofertę na „Świadczenie usługi opieki medycznej dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego", oświadczamy, że na dzień składania ofert dysponujemy niżej wymienionym potencjałem technicznym, który jest dostępny we wszystkich własnych placówkach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Potencjał techniczny | Opis |
| 1. | Zintegrowany, elektroniczny system rejestracji wizyt lekarskich |  |

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

Załącznik Nr 3

LICZBA PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

Oświadczamy, że na dzień składania ofert posiadamy / dysponujemy następującą liczbą placówek medycznych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Placówki medyczne Wykonawcy | Liczba placówek |
| 1. | Liczba placówek Wykonawcy w Warszawie |  |
| 2 | Liczba placówek własnych w Warszawie |  |
| 3. | Liczba placówek Wykonawcy na terenie Łodzi, Kutna, Krakowa, Poznania i Sosnowca ( min. 1 w każdym mieście) |  |
| 4. | Łączna liczba placówek będących w dyspozycji Wykonawcy na terenie kraju (razem z własnymi) |  |

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

Załącznik Nr 4

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

w Warszawie

Składając ofertę na **„**Świadczenie usługi kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego”, oświadczamy, że na dzień składania ofert na terenie Warszawy posiadamy własne / dysponujemy następującymi placówkami medycznymi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa placówki medycznej własnej | Adres | Telefon kontaktowy |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa placówki medycznej współpracującej |  |  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

Należy podać wszystkie placówki własne Wykonawcy oraz wszystkie placówki będące w dyspozycji Wykonawcy.

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)

Załącznik Nr 5

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

w Łodzi, Kutnie, Poznaniu, Krakowie oraz Sosnowcu

Składając ofertę na „Świadczenie usługi kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego”, oświadczamy, że na dzień składania ofert posiadamy własne /dysponujemy następującymi placówkami medycznymi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane miasta:  Łódź, Kutno, Poznań, Kraków, Sosnowiec ( min 1 placówka w każdym mieście) | Nazwa placówki medycznej | Adres | Telefon kontaktowy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwaga:

Należy podać wszystkie placówki własne Wykonawcy oraz wszystkie placówki będące w dyspozycji Wykonawcy.

Miejscowość dnia

(podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)