ZAŁĄCZNIK b. do zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa wykonawcy

...............................................................................................

...............................................................................................

...............................................................................................

Adres\*: ..................................................................................

TEL.\* .........…………................……………………………………………….

REGON\*: …………………................…………………………………………

NIP\*: …………………………………................………………………………

Nawiązując do ogłoszenia umieszczonego w dniu ………………... na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w sprawie zapytania ofertowego na **świadczenie usług społecznych polegających na świadczeniu usług medycznych dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w okresie od 19.08.2018 r. – 30.09.2020 r.** oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym.

1. Cena oferty:

**1)** koszt miesięczny pakietu (**pakiet obejmujący medycynę pracy oraz specjalistyczne usługi medyczne dla pracownika**:

cena netto zł, VAT ( %) zł,

cena brutto………………….zł

2) Całkowita cena\* oferty netto zł

( słownie…………………………………………………………..złotych)

 3) Całkowita cena\* oferty brutto zł
 ( słownie…………………………………………………………..złotych)

(\*całkowita cena=koszt miesięczny brutto/netto x 130 osób x cały okres świadczenia usług)

2*.* Oferujemy dodatkowo następujące pakiety w cenie:

1. Pakiet dla jednego członka rodziny( lub partnera ) – szacunkowa ilość
 20 szt. to jest\*
cena netto……………………………………, VAT ( %)……..zł,

cena brutto………………………………………………………zł;

(\*koszt miesięczny pakietu x 13 szt.)

1. Pakiet dla 2 lub więcej członków rodziny – szacunkowa ilość 26 szt. to jest \* cena netto………………..zł; VAT( %)……..zł

 cena brutto………………………………………………………zł;

(\*koszt miesięczny pakietu x 26 szt.)

1. Pakiet dla członka rodziny senior –szacunkowa ilość to jest 6 szt. (\*cena brutto……zł; VAT….)

(\*koszt miesięczny pakietu x 6 szt.)

1) Całkowita cena dodatkowych pakietów oferty netto zł

( słownie…………………………………………………………..złotych)

2) Całkowita cena dodatkowych pakietów oferty brutto zł

( słownie…………………………………………………………..złotych)

(całkowita cena = suma a),b),c) x cały okres świadczenia usług)

1. Oświadczamy, że cena brutto kosztu pakietów podana w pkt. 1 i pkt. 2 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i warunkami udzielenia zamówienia Zamawiającego i nie wnosimy w tym przedmiocie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia i kwalifikacje, umożliwiające wykonanie w/w zamówienia oraz dysponujemy potencjałem kadrowym i technicznym, odpowiednim do wykonania tego zamówienia.
4. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
5. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni roboczych od dnia upływu terminu składania ofert.
6. 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 projektem umowy.
2. Wyrażamy 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:
5. Opis potencjału technicznego według wzoru Załącznik nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia
6. Liczba placówek medycznych Wykonawcy - według wzoru Załącznik nr 2 do opisu przedmiotu zamówienia
7. Wykaz placówek medycznych Wykonawcy w Warszawie - według wzoru Załącznik nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia
8. Wykaz placówek medycznych będących w dyspozycji Wykonawcy
w następujących miastach: – według wzoru Załącznik nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia
9. Opłacona polisa, a w przypadku jej braku inny dokument potwierdzający, że WYKONAWCA jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia, na kwotę minimum 1.000.000 zł (słownie: jeden milion złotych).
10. Oświadczenie o posiadaniu wpisu do właściwego rejestru oraz o spełnianiu wszelkich wymogów formalnych uprawniających do świadczenia usług objętych zakresem zapytania.
11. Zaakceptowany projekt umowy
12. ……………………………………………….
13. Upoważniamy Dyrektora Generalnego Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego lub jego upoważnionych przedstawicieli do przeprowadzenia oceny/weryfikacji mających na celu sprawdzenie oświadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji podanych w ofercie oraz w załącznikach do oferty.
14. Wszelką korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem należy kierować do:

Imię i Nazwisko:……………………………………..

Adres:………………………………………………...

Telefon:……………………………………………...

Email ………………………………………………

Miejscowość dnia

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

Załącznik Nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia

OPIS POTENCJAŁU TECHNICZNEGO

Potwierdzenie spełniania warunku - dysponowanie odpowiednim potencjałem technicznym

Składając ofertę na „Świadczenie **usług społecznych polegających na świadczeniu usług medycznych dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w okresie od 19.08.2018 r. – 30.09.2020 r.**”, 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 2 do opisu przedmiotu zamówienia

LICZBA PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

Oświadczamy, że na dzień składania ofert posiadamy / współpracujemy z 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 współpracujących z Wykonawcą na terenie kraju (razem z własnymi) |  |

Miejscowość dnia

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

Załącznik Nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH WYKONAWCY

w Warszawie

Składając ofertę na **„Świadczenie usług społecznych polegających na świadczeniu usług medycznych dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w okresie od 19.08.2018 r. – 30.09.2020 r.**”, oświadczamy, że na dzień składania ofert na terenie Warszawy posiadamy własne / współpracujemy z 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 współpracujące z Wykonawcą.

Miejscowość dnia

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

Załącznik Nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia

WYKAZ PLACÓWEK MEDYCZNYCH WŁASNYCH WYKONAWCY LUB WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z WYKONAWCĄ

w Łodzi, Kutnie, Poznaniu, Krakowie oraz Sosnowcu

Składając ofertę na „**Świadczenie usług społecznych polegających na świadczeniu usług medycznych dla pracowników Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w okresie od 19.08.2018 r. – 30.09.2020 r.**”, oświadczamy, że na dzień składania ofert posiadamy własne /współpracujemy z 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 współpracujące z Wykonawcą.

Miejscowość dnia

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