**Załącznik nr 2**

**do ogłoszenia 3201.ILZ.261.36.2020**

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

*miasto, data*

**Izba Administracji**

**Skarbowej w Szczecinie**

**ul. Roosevelta 1,2**

**70-525 Szczecin**

FORMULARZ OFERTOWY

**Nazwa Wykonawcy:** ...............................................................................................................

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

**Nr tel.** ........................................................................................................................................

**Adres poczty elektronicznej**: ....................................................................................................

**Regon:** .............................................................. **NIP:** ................................................................

**W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu publicznym nr 3201.ILZ.261.36.2020 składam niniejszą ofertę na świadczenie usług medycyny pracy w zakresie zadania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
| **Część**  **Zamówienia** | **Miejsce świadczenia usług** | **Oferowana**  **Cena Brutto (w zł)** | **Wykonywanie badań minimalnych (podstawowych) w ciągu jednego dnia (TAK albo NIE)** |
| **1** | **Choszczno** |  |  |
| **2** | **Gryfice** |  |  |
| **3** | **Kołobrzeg** |  |  |
| **4** | **Pyrzyce** |  |  |
| **5** | **Szczecinek** |  |  |

**Oferowaną cenę brutto należy przenieść z formularza cenowego (w zł).**

**W kolumnie D należy wpisać TAK albo NIE. W przypadku pozostawienia niewypełnionej pozycji Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje wykonywania ww. badań w trakcie jednego dnia roboczego.**

**Adres wykonywania usług: .......................................................................................................**

**Oświadczamy, że:**

1. Cena ofertowa stanowi podstawę do badania i oceny ofert oraz wyboru najkorzystniejszej oferty. Rozliczenie z Wykonawcą nastąpi na podstawie faktycznej liczby wykonanych usług medycznych rozliczanych na podstawie cen jednostkowych zaoferowanych przez Wykonawcę.
2. Do reprezentowania firmy w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego uprawnione są następujące osoby:
3. Zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o zmówieniu publicznym na świadczenie usług medycyny pracy i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń.
4. Uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
5. Jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni licząc od terminu składania ofert.
6. W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej podpiszemy umowę z Zamawiającym na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do ogłoszenia.
7. Jesteśmy małym lub średnim przedsiębiorcą w rozumieniu art. 7 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 t.j.):

TAK / NIE *(niepotrzebne skreślić)*.

1. Oświadczamy, że zostały wypełnione obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L I 19 z 04.05.2016, str. 1) „RODO” wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**Jednocześnie w związku z zapisem sekcji V ust. 4 pkt 1) ogłoszenia informujemy, że:**

1. **powierzamy** / **nie powierzamy** (*niewłaściwe skreślić*) podwykonawcom realizację części zamówienia,
2. wskazujemy, że realizacja następującej części zamówienia będzie powierzona podwykonawcom *(wypełnić jeżeli dotyczy)*:

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

1. wartość lub procentowa część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy lub podwykonawcom ........................... *(wypełnić jeżeli dotyczy).*

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

*pieczątka i podpis (podpisy)*

*Wykonawcy lub Pełnomocnika*