

.....  
(miejscowość i data)

**FORMULARZA OFERTY**  
**dla postępowania poniżej 130.000 złotych netto**

**1. Nazwa i adres Zamawiającego: Okręgowy Ośrodek Wychowawczy w Koronowie**  
**ul. Dworcowa 36, 86-010 Koronowo**

**2. Przedmiot zamówienia: „opieka medyczna lekarza ginekologa”**

(szczegółowy opis w załączniku nr 1 i wzorze umowy)

- a) termin wykonania zamówienia 01.03.2024 – 28.02.2025 (w cyklach miesięcznych)
- b) okres gwarancji -----
- c) warunki płatności przelew 14 dni

**3. Forma złożenia oferty**

Ofertę na formularzu cenowym należy złożyć w terminie do dnia 21.02.2024 r. do godziny 11<sup>00</sup> w formie:

- pisemnej (osobiście, listownie) na adres: Okręgowy Ośrodek Wychowawczy w Koronowie ul. Dworcowa 36, 86-010 Koronowo lub
- w wersji elektronicznej na e-mail [zamowienia@koronowo.oow.gov.pl](mailto:zamowienia@koronowo.oow.gov.pl)

**4. Dane Wykonawcy \***

Nazwa.....

Adres.....

NIP.....

Telefon kontaktowy.....

Adres poczty e-mail.....

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto za miesiąc usługi.....

Stawka podatku VAT.....

Cenę brutto za miesiąc usługi.....

Słownie brutto:.....zł

*Oświadczam, że podana wyżej cena zawiera w sobie wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.*

Deklaruję ponadto:

- termin realizacji umowy .....
- posiadanie aktualnej polisy OC lekarza
- warunki płatności.....

*Oświadczam, że:*

- *zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnoszę do nich zastrzeżeń*
- *w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w formularzu ofertowym , w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.*

Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

1. Specyfikacja – załącznik nr 1
2. oświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej- załącznik nr 2
3. oświadczenie wykluczenia – załącznik nr 3
4. dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu lekarza (kserokopia)
5. kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC lekarza

.....

(podpis i pieczęć Wykonawcy lub osoby  
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)