………………………...

(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**

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

(szczegółowy opis w załączniku nr 1 i wzorze umowy)

1. termin wykonania zamówienia 01.03.2024 – 28.02.2025 (w cyklach miesięcznych)
2. okres gwarancji ----------------
3. warunki płatności przelew 14 dni
4. **Forma złożenia oferty**

Ofertę na formularzu cenowym należy złożyć w terminie do dnia 21.02.2024 r. do godziny 1100 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

1. **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 wykluczenie – 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)

\* Wypełnia Wykonawca