|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Strona |  |
| Z ogólnej liczby stron |  |

*(pieczęć Wykonawcy)*

ZAŁĄCZNIK Nr 1- Formularz Ofertowy

przetarg nieograniczony na:

**Badania lekarskie strażaków Ochotniczych Straży Pożarnych**

**Gminy Popów**

**Wykonawca :**

**nazwa firmy : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**adres firmy : . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

*kod, miejscowość, ulica, województwo*

Numer telefonu : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Numer Fax : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nazwa Banku . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Numer konta bankowego : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie wymaganiami zawartymi w Załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2009 r. (poz. 1627)

**za cenę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania** | **Cena brutto – 1 osoba** |
| **1** | Badanie psychologiczne |  |
| **2** | Badanie okulistyczne |  |
| **3** | Badanie laryngologiczne |  |
| **4** | Badanie neurologiczne |  |
| **5** | Badanie przez lekarza o którym mowa mowa  w przepisach wydanych na podstawie art. 229 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. — Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.2) |  |
| **6** | Badania laboratoryjne |  |
|  | **Razem** |  |

w tym uwzględniono podatek VAT.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania** | **Cena brutto – 1 osoba** |
| **1** | Badania lekarskie członków ochotniczych straży pożarnych (OSP gminy Popów) uprawniające do kierowania pojazdem uprzywilejowanym zgodnie z zakresem badań lekarskich określonych  w art. 122 ust. 2 oraz psychologicznych zgodnie z art. 124 ust. 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym |  |
| **2** | Badanie psychologiczne |  |
|  | **Razem** |  |

w tym uwzględniono podatek VAT.

2. Niniejsza oferta jest ważna przez 90 dni.

4. Oświadczamy, że:

* oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie do dnia ………………. r.,
* badania lekarskie będą wykonywanie na terenie Gminy Popów w placówce położonej

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

(dokładny adres wykonywania badań lekarskich)

* akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego,
* jesteśmy /nie jesteśmy płatnikiem podatku VAT - nasz numer NIP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .
* jesteśmy zarejestrowani w Krajowym Rejestrze Urzędowym Podmiotów Gospodarczych nasz numer identyfikacyjny REGON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

5. Potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania.

6. W przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do:

* ustanowienia osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia ………………………........................................

(imię i nazwisko)

\*) niepotrzebne skreślić

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

( podpis i pieczęć )

Data : ..........................................