

FORMULARZ OFERTOWYPrzedmiot zamówienia: **USŁUGI MEDYCZYNE DLA PRACOWNIKÓW ZTM**

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

.....

Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym jest (imię, nazwisko):.....

tel.:..... fax.:..... e-mail

Nr rachunku bankowego, na który Zamawiający zwróci wadium wniesione w pieniądzu:

.....

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Przetargową i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Wymagane wadium zostało wniesione w formie:
3. Oferuję:

Przedmiot zamówienia	Miesięczna ryczałtowa cena brutto za 1 pracownika
Opieka medyczna w zakresie medycyny pracy (C ₁)	
Opieka medyczna dla pracowników (C ₂)	
RAZEM	

Lp.	Placówki medyczne własne na terenie m.st. Warszawy <u>działające 24h/7 dni tygodniu</u> (nazwa + adres)
1.	
2.	
3.	
Lp.	Placówki medyczne własne <u>z rehabilitacją</u> w granicach obszaru gminy śródmieście m.st. Warszawy (nazwa + adres)
1.	
2.	
3.	
Lp.	Placówki medyczne własne w granicach obszaru gminy śródmieście m.st. Warszawy (nazwa + adres)
1.	
2.	

3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

4. Następującą część zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom:

.....
(*należy podać część zamówienia, której wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom lub wpisać „nie dotyczy” jeżeli zamówienie wykona samodzielnie*)

5. Umowę zobowiązującą się zawrzeć w miejscu i terminie, jakie zostanie wskazane przez Zamawiającego.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis(y) upoważnionych
przedstawicieli Wykonawcy