|  |
| --- |
| **WA.263.33.2017.KMB ZAŁĄCZNIK NR 2 do SIWZ** |
| **O F E R T A** |

|  |
| --- |
| (pieczęć Wykonawcy) |

Ja niżej podpisany/My niżej podpisani

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................,

będąc upoważnionym/i/ do reprezentowania Wykonawcy:

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................., będącego …… (M/Ś/D\*) przedsiębiorcą, Nr faksu ................................... ; Nr telefonu .................................; e-mail ……………………….

\*proszę wskazać właściwe

w odpowiedzi na „Publiczne ogłoszenie o zamówieniu nr WA.263.33.2017.KMB” dotyczące postępowania prowadzonego przez Centrum Projektów Europejskich w trybie art. 138o ustawy na świadczenie dodatkowych usług opieki medycznej dla pracowników CPE i ich rodzin przez okres 24 miesięcy następujących po podpisaniu umowy,

składam/składamy niniejszą ofertę:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Cena brutto za 1 abonament** |
| Pakiet indywidualny |  |
| Pakiet pracownik i partner |  |
| Pakiet rodzinny |  |
|  | **Liczba dostępnych oferowanych przez Wykonawcę placówek\*** |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Warszawie |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Gdańsku |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Krakowie |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne w Olsztynie |  |
| Ilość dostępnych placówek świadczących usługi medyczne we Wrocławiu |  |
|  | **Czas oczekiwania\*\* na** |
| wizytę u lekarza internisty/lekarza medycyny rodzinnej/pediatry |  |
| wizytę u lekarza specjalisty |  |
| rehabilitację |  |

\*liczba placówek nie może być mniejsza niż wskazana w warunkach udziału w postępowaniu (rozdz. IV pkt 1a)

\*\*czas oczekiwania nie może być dłuższy niż wskazany w warunkach udziału w postępowaniu (rozdz. IV pkt 1b)

**OŚWIADCZENIA:**

1. Przedmiotowe zamówienie zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami określonymi w „Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr WA.263.33.2017.KMB”.
2. Oświadczam/y, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się ze „Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia nr WA.263.33.2017.KMB”, udostępnioną przez Zamawiającego i nie wnoszę/my do niej żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam/y/, że zgodnie z postanowieniami art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia   
   16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity: z dnia   
   26 czerwca 2003 r. – Dz. U. Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.) żadna z oferowanych usług nie została wyceniona poniżej kosztów jej wytworzenia lub świadczenia a jej odsprzedaż nie następuje poniżej kosztów zakupu[[1]](#footnote-1).
5. Oświadczam/y, że zamówienie będzie realizowane samodzielnie, bądź przy współudziale podwykonawców, którzy będą realizowali następującą część zamówienia:

…………………………………………………………………………………………….

1. W razie wybrania mojej/naszej oferty zobowiązuję/zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
3. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/y, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień upływu terminu składania ofert (art. 297 k.k.).
4. Odpis z właściwego rejestru dostępny jest pod adresem internetowym:

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

1. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty i które wskazujemy do oceny spełnienia przez nas warunków udziału w postępowaniu są:
2. .....................................................................................................
3. .....................................................................................................
4. .....................................................................................................
5. ………………………………………………………………….
6. ………………………………………………………………….

..............................., dn. ..............2017 r. .....................................................................

(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)

1. dotyczy oferty składanej przez pośredników (np. organizatorów imprez lub konferencji, biur podróży lub agencji turystycznych); [↑](#footnote-ref-1)