# Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

**Znak postępowania SPZOZPM.DA(K).26.8.2021**

(pieczęć **„Przyjmującego Zamówienie”**)

# FORMULARZ OFERTY

**W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące konkursu ofert dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Józefowie na WYKONYWANIE BADAŃ RTG składam/y niniejszą ofertę.**

Nazwa **„Przyjmującego Zamówienie”**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e – mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, organ rejestrujący \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

osoba upoważniona do podpisania umowy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Oferuje/my wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie warunkami opisanymi w Ogłoszeniu :

Cena netto za całość wykonania zamówienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

Cena brutto za całość wykonania zamówienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Słownie brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Oświadczenie **„Przyjmującego Zamówienie”**:

1. Oświadczam, że znane mi są warunki postępowania konkursowego, przedstawione w Ogłoszeniu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że uważam się związanym/ną ofertą przez okres 30 dni.
3. Oświadczam, że zobowiązuję się do podpisania umowy – załącznik nr 3 na warunkach określonych w umowie, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez Ogłaszającego konkurs.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Oświadczam, że posiadam warunki lokalowe, spełniające wymagania do wykonywania badań, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Oświadczam, że badania/usługi wykonywane będą przy użyciu aparatury lub urządzeń gwarantujących badania, spełniających odpowiednie standardy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Oświadczam, że personel medyczny wykonujący badania diagnostyczne posiada kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji zamówienia.

*miejscowość i data ………………………… podpis ……………………………*