**Znak sprawy: ZP/BZLR/0004/2025 *Załącznik nr 1 do ZO***

............................................................ ..........................,dnia ..................

*/pieczęć adresowa firmy Wykonawcy/ /Miejscowość/*

**ZAMAWIAJĄCY:**

Beskidzki Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu

 **43-384 Jaworze ul. Słoneczna 83**

**FORMULARZ OFERTOWY**

na:

**wykonywanie profilaktycznych badań z zakresu medycyny pracy dla potrzeb Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu**

podpisani(y), reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy ……………………………………………..…………………….

Adres……………………………………………………………………………………

NIP………………………. REGON…………………………………………….

Tel. ……………………………. Fax ……………………………...........................

Nr konta………………………………………………………………………………………….…..

e-mail:……………………............................www…………………………………………………….

** [[1]](#footnote-1) Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.**

1. **Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, określonego w zapytaniu ofertowym, we wzorze umowy oraz formularzu asortymentowo-cenowym w wysokości:**

**……………….. PLN brutto** (słownie: ………………………. zł 00/100 PLN);

**……………….. PLN netto** (słownie: ………………………. zł 00/100 PLN);

1. Oferuję(my) wykonanie przedmiotu zamówienia **od 01.04.2025 r do 31.03.2026 r.**
2. Oświadczam(y), ze wyrażamy zgodę na płatność w terminie do 30 dni od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.
3. Oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.
4. Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do ZO - nie mamy zastrzeżeń do jej treści, akceptujemy wszystkie bez wyjątku jej postanowienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej wymaganiami i zasadami postępowania oraz nie zgłaszamy żadnych uwag co do procedury udzielenia zamówienia.
5. Badania będą udzielane na rzecz osób objętych niniejszą umową, w budynku/ach…………………………………………………………………………………………, zgodnie z § 5 ust. 1 umowy.
6. Odległość od miejsca wykonywania badań do siedziby Zamawiającego wynosi……..km.

|  |
| --- |
| 1. **Oświadczam, że:**

**podlegam / nie podlegam wykluczeniu\*** **z postępowania na podstawie art. 1 ust. 1 pkt 3 oraz art. 7ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.****\* niepotrzebne skreślić** |

……….................dnia…………… ………..............................................

 podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

 uprawniającym do występowania w obrocie prawnym
 lub posiadających pełnomocnictwo

1. ***zaznaczyć w sposób wyraźny (X) informację (jeżeli dotyczy)***

*W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno. Jeżeli Wykonawca zostawi to pole niezaznaczone (puste pole), Zamawiający uzna, iż Wykonawca nie jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.*

**Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

**Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**Średnie przedsiębiorstwa**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-1)