|  |
| --- |
| 1. Zn. spr.: NN.1302.6.2023 Stary Sącz 09.2023 r.
2.
 |

…..................................................

 (miejscowość i data)

………………………………….

 (nazwa i adres wykonawcy

e-mail …………….……………....

1. **FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert z dnia …….… .09.2022 roku, znak sprawy NN.1302.6.2023. dotyczące zamówienia publicznego realizowanego w oparciu o Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z późn.zm,) - dalej PZP, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1). pn. **„*Usługa grupowego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z medycyną pracy dla pracowników Nadleśnictwa Stary Sącz oraz grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla członków ich rodzin na okres 01.11.2023 r. do 31.10.2024 r. (12 miesięcy)***

*(wpisać nazwę nadaną zamówieniu)*

oświadczamy, że zgodnie z zapytaniem ofertowym, niniejszym składamy ofertę następującej treści:

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę netto:
2. medycyna pracy ………….. zł/osobę / m-c,
3. dodatkowe ubezpieczenie indywidualne pracownika ……….. zł/osobę/ m-c,
4. dodatkowe ubezpieczenie małżonka/partnera ………….. zł/osobę / m-c,
5. dodatkowe ubezpieczenie rodziny pracownika ………….. zł/osobę / m-c,
6. Obowiązujący podatek VAT .................... %
7. Cena brutto:
8. medycyna pracy ………….. zł/osobę / m-c,
9. dodatkowe ubezpieczenie indywidualne pracownika ……….. zł/osobę / m-c,
10. dodatkowe ubezpieczenie małżonka/partnera ………….. zł/osobę / m-c,
11. dodatkowe ubezpieczenie rodziny pracownika ………….. zł/osobę / m-c

*Oferta cenowa zawiera zorganizowanie w siedzibie Zamawiajacego, lub innym uzgodnionym miejscu badania w zakresie występowania boreliozy dla pracowników Zamawiającego w ilości do 46 osób, z terminem realizacji 01.11.2023 r. do 31.10.2024 r.*

 4. Przyjmujemy do realizacji postawione przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym warunki.

 5. Oświadczamy, iż jesteśmy związani niniejszą ofertą przez 7 dni.

Załączniki:

1. ....................................

2. ....................................

3. ………………………….

4……………………………

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

 (*data i podpis osoby upoważnionej)*