**FORMULARZ**

**ZAPYTANIA CENOWEGO**

**Na wykonanie:**

**„Świadczenie usługi medycyny pracy dla pracowników Zespołu Szkół Ogólnokształcących Nr 1
 w Świdniku w roku 2017”.**

**Nazwa i adres WYKONAWCY\***

Nazwa: …………………………………………………………………………………..

Adres: …………………………………………………………………………………...

NIP: ……………………………………………………………………………….……...

REGON: ………………………………………………………………………………...

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia wg załącznika Nr 3 do ogłoszenia:
2. Informacje na temat gwarancji, terminu realizacji zamówienia, itp. – na podstawie projektu umowy stanowiącego załącznik nr 2 do Ogłoszenia.
3. Oświadczamy, że:
* podane kwoty badań nie ulegną zmianie oraz zawierają wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia,
* wykonujemy wszystkie badania z zakresu medycyny pracy, na które może zostać skierowany pracownik,
* badania będą wykonywane na terenie miasta Świdnika,
* zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia, nie wnosimy do niego zastrzeżeń, oraz zdobyliśmy informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia,
* zobowiązujemy się wykonać zamówienie własnymi siłami,
* akceptujemy projekt umowy i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na ww. warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* W razie podpisania umowy dostarczymy aktualnie obowiązujący cennik badań nie ujętych w opisie przedmiotu zamówienia, na które mógłby być skierowany pracownik.
1. Zastrzega się, że niniejszy formularz zapytania ofertowego nie stanowi zobowiązania do udzielenia zamówienia, w związku z czym zamawiający może unieważnić postępowanie bez podania przyczyn.

…………………………………dn. …………………….……..

 /miejscowość/ /data/

 ……..……………………………………..

 (podpis osoby upoważnionej

do podpisania zapytania cenowego)

\*- miejsce do wypełnienia przez Wykonawcę