Formularz nr 7

Do ogłoszenia o zamówieniu Emic/Przetarg/2024/1  
Formularz Ofertowy

**Informacje o Oferencie:**

Nazwa Oferenta:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej przez Oferenta do zawarcia umowy:

Adres oferenta:

Telefon:

Adres e-mail:

Numer identyfikacyjny Oferenta [*WSTAWIĆ zgodnie z dokumentami potwierdzającymi status prawny*]:

NIP [*jeśli dotyczy*]:

Numer rachunku bankowego: (w tym nazwa banku, numer SWIFT i adres)

Niniejszym oświadczamy, że nasza firma oferuje dostawę towarów, zgodnie z warunkami specyfikacji technicznej wymienionymi w Ogłoszeniu o zamówieniu/zaproszeniu do złożenia oferty.

**Oferta finansowa i odpowiedź techniczna oferenta:**

1. Całkowita wartość brutto oferowanych towarów i usług (cena jednostkowa) dla abonamentu / pakietu medycznego na okres 12 miesięcy dla dzieci i młodzieży do lat 18 (osoby z niepełnosprawnościami) wynosi:

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

Cena wyrażona słownie, w tym waluta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Całkowita wartość brutto oferowanych towarów i usług (cena jednostkowa) dla abonamentu / pakietu medycznego na okres 12 miesięcy dla osób w wieku 18-59 (osoby z niepełnosprawnościami) wynosi:

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

Cena wyrażona słownie, w tym waluta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Całkowita wartość brutto oferowanych towarów i usług (cena jednostkowa) dla abonamentu / pakietu medycznego na okres 12 miesięcy dla kobiet w ciąży wynosi:

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

Cena wyrażona słownie, w tym waluta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Całkowita wartość brutto oferowanych towarów i usług (cena jednostkowa) dla abonamentu / pakietu medycznego na okres 12 miesięcy dla osób starszych powyżej 60 roku życia (osób z niepełnosprawnościami) wynosi:

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

Cena wyrażona słownie, w tym waluta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Załącznik nr 1 wypełniony, podpisany i ostemplowany.

Tak / Nie

Komentarz\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potwierdzenie, że oferent przeczytał i zrozumiał treść ogłoszenia.

Tak / Nie

Komentarz\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Warunki reklamacji:

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

Warunki płatności (płatność za wszystkie zamówione pakiety/abonamenty medyczne na okres 12 miesięcy nastąpi w ciągu 14 dni po złożeniu zamówienia i przesłaniu faktury przez Oferenta):

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

Oferent potwierdza swoje zobowiązanie do utrzymania ważności niniejszej oferty do czasu ostatecznego wyboru przez Komisję Przetargową w trakcie trwania Przetargu.

Ta oferta zawiera ............. stron.

Nazwa i pieczęć Oferenta

Adres

Imię i nazwisko przedstawiciela:

Stanowisko w przedsiębiorstwie:

Miejscowość, data:

**Podpis**

Wszelkie pojęcia niezdefiniowane w niniejszym dokumencie mają znaczenie nadane im w Regulaminie postępowania przy przetargach organizowanych przez Polską Akcję Humanitarną (które są stosowane przez Fundację Emic na potrzeby niniejszego przetargu).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Lista kontrolna harmonogramów i załączników do oferty** | **Liczba dokumentów i stron** |
| 1 | Uzupełniony Formularz Ofertowy (niniejszy formularz nr 7) |  |
| 2 | Oświadczenie oferenta (Formularz nr 8) |  |
| 3 | Załącznik nr 1 - oferta finansowa wraz ze specyfikacją techniczną |  |
| 4 | Wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego poświadczający o rejestracji podmiotu, nie starszy niż 3 miesiące licząc od terminu składania ofert |  |
| 5 | Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami z tytułu podatków i innych obowiązkowych płatności oraz o braku naruszeń przepisów podatkowych |  |
| 6 | Pełnomocnictwo lub inny dokument uprawniający do reprezentowania Oferenta |  |
| 7 | Informacje i referencje (dane kontaktowe) przygotowane przez oferenta na temat podobnych wykonanych projektów i/lub zrealizowanych zleceń - jeśli oferent je wykonał. (formularz nr 25) |  |