**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego **- Formularz Oferty**Nr sprawy: PO.2721.55.2020

W nawiązaniu do ogłoszenia pn. Wykonanie usługi pobierania wymazów w punkcie pobrań wymazów do przeprowadzania testów na obecność wirusa SARSCoV-2 w formie Drive Thru zlokalizowanego przy ul. Granicznej 190 we Wrocławiu .

1. WYKONAWCA:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres Wykonawcy |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Imię i nazwisko  osoby uprawnionej do kontaktów |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres mailowy |  |

1. Ja niżej podpisany oświadczam, że:
   1. zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego;
   2. gwarantuję wykonanie niniejszego zamówienia zgodnie z treścią Zapytania ofertowego;
   3. akceptuję wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do zapytania ofertowego oraz w przypadku wyboru oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy zgodnej ze wzorem w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
   4. cena mojej oferty za prawidłową i pełną realizację zamówienia wynosi:

*1.* *Cena za świadczenie usług w godz. 8-12 (4 h):*

*......................zł netto, .....................zł brutto – waga 60% oceny*

*2.* *Cena za każdą rozpoczętą godzinę zegarową świadczenia usług przypadających po godzinie 12:00 ......................zł netto, .....................zł brutto – waga 20% oceny*

*3. Cena* *za każdego dodatkowego członka zespołu w godz. 8-12 (4 h): .*

*.....................zł netto, .....................zł brutto – waga 10%*

*4. Cena* *za każdą rozpoczętą godzinę zegarową (po godz. 12:00) świadczenia usług przez każdą z osób dodatkowych w zwiększonym składzie osobowym (tj. powyżej dwóch osób):*

*......................zł netto, .....................zł brutto – waga 5%*

*5. Cena za dodatkowy transport próbek do siedziby Zamawiającego (do godziny 10:00):*

*......................zł netto, .....................zł brutto – waga 5%*

Powyższa cena zawiera wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym koszty dojazdu, koszty materiałów i inne.

1. niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni;
2. oświadczam, że spełniam warunki udziału w zapytaniu;
3. oświadczam, że posiadam kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
4. oświadczam, że posiadam zdolność techniczną i zawodową do wykonania przedmiotu zamówienia;
5. oświadczam, że znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia;
6. oświadczam, że posiadam status podmiotu leczniczego wpisanego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
7. oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na zasadach oraz na sumę gwarancyjną, określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866);
8. oświadczam, że dysponują personelem posiadającym kwalifikacje określone w pkt II.3. Zapytania ofertowego.
9. Podpis(y):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy | Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do  podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Podpis(y) osoby(osób)  upoważnionej(ych) do  podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów) | Pieczęć Wykonawcy | Miejscowość  i data |
|  |  |  |  |  |