Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Składający ofertę:**

Nazwa ........................................................................................................................................

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

Siedziba (adres) ........................................................................................................................

Dane osób upoważnionych do podpisania umowy(imię, nazwisko, funkcja)

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

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

……………………………………………………………………………………………….

Telefon /faks/e-mail .................................................................................................................

Nr KRS:………………………………………………………………………………………

Nr wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:……………………

……………………………………………………………………………………………….

Nr NIP:………………………………………………………………………………………

Nr Regon:……………………………………………………………………………………

Nr konta bankowego:……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………

**Zobowiązania i informacje oferenta:**

1. Składamy/Składam\* niniejszym ofertę i zobowiązujemy się/zobowiązuję się\* wykonać przedmiot zamówienia polegający na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyn oraz na wystawianiu kart zgonu, zgodnie z rozdziałem II Zaproszenia do składania ofert.

Termin realizacji zamówienia w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia 31 grudnia 2021 r.

Proponuję jednostkową cenę brutto za jednokrotne wystawienie karty zgonu i ustalenie przyczyny zgonu w wysokości: ……………………………………………………………... zł

*cena słownie: ...............................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

2. Oświadczamy/Oświadczam\* że:

- zapoznaliśmy się/zapoznałem się\* z postanowieniami zapytania ofertowego   
i akceptujemy/akceptuję\* wszystkie określone tam warunki realizacji zamówienia,

- posiadamy status podmiotu leczniczego i zapewniamy całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia,\*\*

- posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju i prowadzę działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295, z późn. zm.) oraz zapewniam całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia,\*\*

- zapewniamy/zapewniam\* całodobową dostępność numeru telefonicznego ………………, pod którym funkcjonariusz Policji będzie mógł dokonywać przez całą dobę zgłoszeń   
o konieczności przyjazdu na miejsce, w którym znajdują się zwłoki.

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

(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)

\*niepotrzebne skreślić.

\*\*niepotrzebne skreślić.