

FORMULARZ OFERTOWY**Na wykonanie zadania pn.:**

**ŚWIADCZENIE USŁUGI MEDYCZNEJ DLA STRAŻAKÓW RATOWNIKÓW
ORAZ KANDYDATÓW NA STRAŻAKÓW RATOWNIKÓW OCHOTNICZYCH
STRAŻY POŻARNYCH Z TERENU GMINY GALEWICE.**

Zamawiający:

GMINA GALEWICE ul. Wieluńska 5 98-405 Galewice

NIP 997 013 28 76 REGON 250855073

Nr tel.627838618, fax 627838625

e-mail: sekretariat@galewice.pl; www.galewice.pl

1. Oferta złożona przez:

Nazwa	
Adres	
NIP	REGON
Nr telefonu/fax	e-mail

2. Oferuję bez zastrzeżeń i ograniczeń wykonanie usługi zgodnie z warunkami zapytania ofertowego nr RO.OSP.124.2023 z dnia 21 listopada 2023 roku za cenę przedstawioną poniżej:

Usługa	Cena brutto
Wykonanie badania lekarskiego oraz wydanie orzeczenia dla strażaka ratownika OSP przeprowadzane w celu stwierdzenia braku przeciwwskazań do udziału w działaniach ratowniczych	Cena brutto..... Słownie cena brutto:
Wykonanie badania lekarskiego oraz wydanie orzeczenia dla strażaka ratownika OSP pełniącego funkcję kierowcy pojazdu uprzywilejowanego w OSP przeprowadzane w celu stwierdzenia braku przeciwwskazań do udziału w działaniach ratowniczych w tym badań psychologicznych	Cena brutto..... Słownie cena brutto:
Wykonanie badania lekarskiego oraz wydanie orzeczenia dla kandydata na strażaka ratownika OSP przeprowadzane w celu stwierdzenia braku przeciwwskazań do udziału w szkoleniu podstawowym przygotowującym do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych.	Cena brutto..... Słownie cena brutto:

3. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym
4. Oświadczam, że przyjmuję termin realizacji przedmiotu zapytania ofertowego
5. Oświadczam, że zapoznałem się z projektem umowy, akceptuję go i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki wynikające z niego
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego
7. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem oraz osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego
8. Oświadczam, że przyjmuję 14-dniowy termin płatności faktury przez Zamawiającego przelewem na konto bankowe nr

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej do podpisania niniejszej oferty
w imieniu Wykonawcy