Załącznik 2 do Ogłoszenia o zamówieniu

**Gdańskie Wody Sp. z o.o.**

**Ul. Andruszkiewicza 5**

**80-601 Gdańsk**

**OFERTA**

(imię i nazwisko/firma wykonawcy, adres zamieszkania/siedziba)

nr telefonu kontaktowego:

nr faksu:

1. Po zapoznaniu się z ogłoszeniem o zamówieniu wraz z załącznikami niniejszym składamy ofertę na: **Świadczenie usług opieki medycznej dla pracowników firmy Gdańskie Wody Sp. z o.o.**
2. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia określony w ogłoszeniu o zamówieniu, za wynagrodzenie w wysokości:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | | | **Wynagrodzenie netto zł/pracownika** | | **Wynagrodzenie brutto zł/pracownika** | |
|  | | | | | | |
| Pakiet zdrowotny : | | |  | |  | |
| w tym medycyna pracy | | |  | |  | |
| Słownie (zł. brutto/pracownika): | | | | | | |
| Pakiet zdrowotny o zwiększonym standardzie : | | |  | |  | |
| w tym medycyna pracy | | |  | |  | |
| Słownie (zł. brutto/pracownika): | | | | | | |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena za pakiet zdrowotny**  **zł netto/os.** | **Cena za pakiet zdrowotny**  **zł. brutto/os.** | | **Cena za pakiet zdrowotny o zwiększonym standardzie**  **zł. netto/os.** | | **Cena za pakiet zdrowotny o zwiększonym standardzie**  **zł. brutto/os.** |
| Pakiet zdrowotny dla członka rodziny/partnera |  |  | |  | |  |
| Pakiet rodzinny |  |  | |  | |  |

1. Ceny przedstawione w ofercie dotyczą miesięcznej opłaty za poszczególny pakiet
2. Oświadczamy, iż:
3. Medycyna pracy w jednym miejscu wraz z orzeczeniem wydanym w ciągu 1 dnia – tak/nie\*
4. Przynajmniej jedna placówka zlokalizowana będzie w odległości nie większej niż 7 km od siedziby Zamawiającego/większej niż 7 km od siedziby Zamawiającego\*
5. Dostęp Zamawiającego do elektronicznego systemu obsługi/Brak dostępu Zamawiającego do elektronicznego systemu obsługi\*
6. Do oferty dołączono następujące dokumenty określające zasady dotyczące pakietów i opis zakresu usługi :

- ………………………….………………………….

1. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w ogłoszeniu o zamówieniu z załącznikami oraz złożoną ofertą.

\*Niepotrzebne skreślić

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa (firma) i adres wykonawcy | |  | |
| Osoba upoważniona do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy | | | |
| Imię i Nazwisko | | Data | Podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |