###### **Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

Nazwa i adres (pieczątka firmowa) Wykonawcy

pieczątka Wykonawcy

# F O R M U L A R Z O F E R T Y

**Wykonawca\* :**

**Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: .............................................................................................................................**

Zarejestrowany adres Wykonawcy : ............................................................................................................................

**Adres do korespondencji: .............................................................................................................................**

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………

nr telefonu……………………………………………………………………………………………………………………………….

adres poczty elektronicznej……………………………………………………………………………………………………

Informacje, o których mowa w dziale V pkt 4 Ogłoszenia znajdują się: ............................................................................................................................

***\*****w przypadku oferty składanej przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców oraz wskazać Pełnomocnika*

1. Nawiązując do Ogłoszenia ozamówieniu na usługi społeczne na zadanie pn. **„Stwierdzenie zgonu i jego przyczyny w miejscu publicznym albo niepublicznym na terenie miasta Wrocławia, zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych”** o znaku ZP/US/8/2020/WZD

oferuję realizację całości przedmiotu zamówienia za:

cenę netto: …………………………………………………………………… zł

stawka podatku VAT ………………%, co stanowi ………………………………………… zł

cenę brutto: …………………………………………………………………… zł

w tym, cena jednostkowa netto za pojedynczy przypadek realizacji procedury stwierdzenia zgonu: ……………………………………………………………………………… zł netto

1. Oświadczam, że**1**:
2. posiadam status podmiotu leczniczego i przeznaczę do realizacji przedmiotu zamówienia osobę (osoby) posiadającą ważne prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju**1**;
3. posiadam ważne prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju oraz prowadzę działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 z późn. zm.)**1**;
4. prowadzić będę na potrzeby realizacji zadania niezbędną dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
5. prowadzę politykę bezpieczeństwa danych osobowych.
6. Oświadczam, że akceptuję termin płatności: 30 dni.
7. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w Ogłoszeniu, tj. od dnia zawarcia umowy do dnia 31.07.2021 r. lub do wyczerpania kwoty przeznaczonej na realizację Zadania.
8. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany   
   w Ogłoszeniu.
9. Oświadczam, że akceptuję projekt umowy oraz zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu   
   i terminie.
10. Oświadczam, że występuję w niniejszym postępowaniu jako: osoba fizyczna/osoba prawna/jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej/konsorcjum.**1**
11. Oświadczam, że podpisuję niniejszą ofertę jako osoba do tego upoważniona na podstawie załączonego: pełnomocnictwa/odpisu z ewidencji działalności gospodarczej /odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego.**1**

**Upełnomocniony przedstawiciel**

**Wykonawcy**:

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

(pieczątka i podpis)

Data : .............................................

**1** - niewłaściwe skreślić