***Załącznik Nr 1do SWZ***

Formularz ofertowy

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko i/lub nazwa  (firma) Wykonawcy | |
| Adres wykonawcy:  Kod, miejscowość, województwo, kraj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ulica, nr domu, nr lokalu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nr telefonu: | Nr faksu: |
| URL: http:// | adres skrzynki ePUAP: |
| Organ rejestrowy: | Rejestr nr: |
| NIP Nr: | REGON Nr: |
| Bank: | Nr rachunku: |

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty w trybie przetargu nieograniczonego na ***„Ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników Mazowieckiej Instytucji Gospodarki Budżetowej MAZOVIA wraz ze świadczeniem medycyny pracy”*** oferujemy przedmiot zamówienia, zgodnie z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia Nr postępowania **3/06/2021/U,** zwaną dalej „SWZ”, a w szczególności zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia określonym w Załączniku nr 2 do SWZ.

**Oświadczamy, że oferujemy usługi za kwotę:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPIEKA ZDROWOTNA** | | | | |
|  | | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj pakietu** | **Wysokość miesięcznej opłaty za pakiet wartość netto (zł)** | **Stawka i kwota podatku VAT (zł)** | **Wysokość miesięcznej opłaty za pakiet wartość brutto (zł)** |
| **Wariant podstawowy** | | | | |
| **1.** | **Indywidualny** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **2.** | **Partnerski** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **3.** | **Rodzinny** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **Wariant rozszerzony** | | | | |
| **1.** | **Indywidualny** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **2.** | **Partnerski** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **3.** | **Rodzinny** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **4.** | **Rodzicie/teściowie** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **Wariant komfort** | | | | |
| **1.** | **Indywidualny** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **2.** | **Partnerski** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **3.** | **Rodzinny** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **Wariant maksymalny** | | | | |
| **1.** | **Indywidualny** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **2.** | **Partnerski** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **3.** | **Partnerski** | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **Świadczenie usługi medycyny pracy** | | | | |
| Składka miesięczna za pracownika za świadczenie Medycyny Pracy | | **…………………….zł** | **………..%** | **…………………….zł** |
| **RAZEM:** | | | |  |

2. Oferujemy wykonanie usługi odpowiednio:

2.1 Dostęp do świadczenia opieki podstawowej lekarskiej tj. umówienie wizyty (lekarz rodzinny, internista, pediatra, ginekolog położnik) **do ………..…dni roboczych** (max do 2 dni roboczych)

2.2 Dostęp do świadczenia opieki specjalistycznej lekarskiej tj. umówienie wizyty (pozostali lekarze wymienieni **do …………dni roboczych** (max do 7 dni roboczych)

2.3 Dostęp do świadczeń z zakresu lekarz medycyny pracy tj. umówienie wizyty **do …………..dni roboczych** (max do 3 dni roboczych)

2.4 Wizyty u lekarzy specjalistów i diagnostyka związana z medycyną pracy tj. umówienie wizyty **do …………dni roboczych** (max do 8 dni roboczych).

**3.Oświadczamy, że w cenie brutto ujęliśmy wszystkie koszty niezbędne do realizacji zamówienia.**

1. Wykonawca, składając ofertę, informuje Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

Informacja Wykonawcy: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Zamierzam/ nie zamierzam\*\* powierzyć część zamówienia określoną w rozdziale V podwykonawcy: *(wymienić części zamówienia i firmy podwykonawców realizujących je)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. Akceptujemy warunki płatności określone w SWZ.
2. Akceptujemy wzór projektowanych postanowień umowy (wg *Załącznika Nr 3 do SWZ*)
3. Czujemy się związani ofertą do upływu terminu określonego w SWZ.
4. Oświadczamy, że oferowany asortyment spełnia wymagania określone w roz. VI SWZ.
5. Wykonawca jest

- mikroprzedsiębiorstwem **🞏 \*\*\*\***

- małym przedsiębiorcą **🞏\*\*\*\***

- średnim przedsiębiorcą **🞏 \*\*\*\***

- prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą **🞏 \*\*\*\***

- osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej **🞏 \*\*\*\***

- inny rodzaj **🞏 \*\*\*\***

**12.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z rozdziałem I niniejszej SIWZ w zakresie informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych przez Mazowiecką Instytucję Gospodarki Budżetowej MAZOVIA.**

11.Załącznikami do naszej niniejszej oferty są:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

12.Oferta została złożona na ………. ponumerowanych stronach

13.W przypadku konieczności udzielenia wyjaśnień dotyczących przedstawionej oferty prosimy o zwracanie się do:

……………………..……………., tel. ………………., e-mail ..…………………………………….….

imię i nazwisko (W przypadku niepodania powyższych danych osoby do bezpośrednich kontaktów, prosimy o zwracanie się do osoby / osób podpisującej ofertę).

16.W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

**14. Numer konta Wykonawcy, na które miałoby być przelane wynagrodzenie:**

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

Miejscowość ………………, dnia ……........... r.

………………………………….………………………….

**DOKUMNET MUSI BYĆ OPATRZONY**

**KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM**

**\*Należy wpisać**

**\*** **\*UWAGA:** w przypadku, gdy Wykonawca zrealizuje przedmiot zamówienia bez udziału podwykonawców - zaleca się wpisać **„nie dotyczy”**

**\*\*\* Niepotrzebne skreślić.**

**\*\*\*\* zaznaczyć właściwe**