**Formularz ofertowy**

Nazwa Wykonawcy ............................................................................................................................

Siedziba Wykonawcy .........................................................................................................................

Nr telefonu / fax .................................................................................................................................

Adres e-mail …………………………………………………………………………………………………….

nr NIP ...............................................................................................................................................

nr REGON .........................................................................................................................................

do: nazwa i siedziba Zamawiającego:

**Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa**

**Wielkopolski Oddział Regionalny**

**ul. Strzeszyńska 36, 60-479 Poznań**

**tel. 061 845 38 33 fax. 061 840 06 93**

W odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników **Wielkopolskiego Oddziału Regionalnego** Biur Powiatowych **ARiMR,** zgodnie z wymaganiami specyfikacji Istotnych warunków zamówienia oferujemy realizację przedmiotu zamówienia

**za:**

**łączną kwotę brutto** ..................................................................... zł

(słownie: ...............................................................................................................................zł)

Wykaz zakładów opieki zdrowotnej obejmujący listę zakładów, w których są świadczone usługi medyczne z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników Zamawiającego.

**Wykaz zakładów opieki zdrowotnej:**

1. …………………………………………………………………..…………
2. …………………………………………………………………………..…
3. …………………………………………………………………..…………
4. ……………………………………………………………………………..
* Całość zamówienia wykonamy sami bez udziału podwykonawców / poniżej wskazujemy części zamówienia, które zamierzamy powierzyć podwykonawcom\* :

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

(W przypadku braku wpisu przyjmuje się domniemanie, że Wykonawca wykona zamówienie sam bez udziału podwykonawców)

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

 imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

*Ponadto:*

* Oświadczamy, że wypełniliśmy wobec osób fizycznych, których dane przekazujemy, obowiązki wynikające zart. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Unii Europejskiej i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE L 119 z 04 maja 2016 roku).
* Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SIWZ i nie wnieśliśmy w terminie przewidzianym ustawą Pzp zastrzeżeń do niej oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
* Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
* Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w SIWZ oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków.
* Oświadczamy, że akceptujemy proponowany przez Zamawiającego wzór umowy i zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do zawarcia umowy na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* Oświadczamy, że w przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie określonym w umowie tj. od 02.01.2021 r. do 31.12.2021r.
* Całość zamówienia wykonamy sami bez udziału podwykonawców / poniżej wskazujemy części zamówienia, które zamierzamy powierzyć podwykonawcom\* :

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

 (W przypadku braku wpisu przyjmuje się domniemanie, że Wykonawca wykona zamówienie sam bez udziału podwykonawców)

Przedstawicielem Wykonawcy uprawnionym do kontaktów z Zamawiającym będzie:

…………………………………………………………………………………..

* Oświadczam**,** że :
* **dokumenty** wymienione od strony ….. do strony ….. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r., poz.1913 ze zm.) i nie mogą być ujawniane osobom trzecim. Zgodnie z art. 8 ust. 3 Pzp Wykonawca winien, nie później niż w terminie składania ofert wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

|  |
| --- |
| ***Art.11 ust. 2****Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, które jako całość lub w szczególnym zestawieniu i zbiorze ich elementów nie są powszechnie znane osobom zwykle zajmującym się tym rodzajem informacji albo nie są łatwo dostępne dla takich osób, o ile uprawniony do korzystania z informacji lub rozporządzania nimi podjął, przy zachowaniu należytej staranności, działania w celu utrzymania ich w poufności.* |

Osobami, które mogą reprezentować wykonawcę i składać oświadczenia woli są:

1. ..........................................................................................
2. …………………………………………………………..
3. …………………………………………………………..

**\* - niepotrzebne skreślić**

................................., dn. ......................

*Miejscowość data*

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

imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy