KLINIKA
WIECZOREK
STOMATOLOGIA

KLINIKA WIECZOREK
STOMATOLOGIA
INDYWIDUALNA PRAKTYKA
LEKARSKA
lek.dent. Agata Wieczorek
al. 23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz
NIP: 876-232-65-66, REGON: 221097267

Załącznik nr 1 - Formularz Oferty

Zapytanie ofertowe z dnia 12.08.2022

.....

Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy

.....

Adres Wykonawcy

.....

NIP / PESEL Wykonawcy

Zamawiający:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA
LEKARZ DENTYSTA AGATA WIECZOREK
NIP 8762326566
al. 23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz

OFERTA

Nawiązując do Zapytania ofertowego z dnia 12.08.2022 dotyczącego zamówienia pod nazwą:

„Zakup usługi doradczej w postaci Opracowania strategii wdrożenia na rynki Wielkiej Brytanii i Norwegii usługi natychmiastowej implantacji i odbudowy protetycznej innowacyjną metodą NeoArch. Przygotowanie planu działania, strategii działania i metod certyfikacji"

Ja, niżej podpisany/a, działając w imieniu i na rzecz:

_____

(imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy)

_____

(dokładny adres Wykonawcy)

Wieczorek Agata

KLINIKA
WIECZOREK
STOMATOLOGIA

1. Oferuję wykonanie Przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w ww. Zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami (dalej łącznie: „Zapytanie") za niżej wskazaną cenę*:

Cena ryczałtowa za wykonanie Przedmiotu zamówienia na warunkach określonych Zapytaniu:

CZĘŚĆ 1:

_____ **zł netto**

(słownie: _____**) złotych netto**

powiększona o podatek w wysokości _____ **%, co daje łącznie kwotę:**

_____ **zł brutto**

(słownie: _____**) złotych brutto**

CZĘŚĆ 2:

_____ **zł netto**

(słownie: _____**) złotych netto**

powiększona o podatek w wysokości _____ **%, co daje łącznie kwotę:**

_____ **zł brutto**

(słownie: _____**) złotych brutto**

RAZEM CZĘŚĆ 1 i CZĘŚĆ 2:

_____ **zł netto**

(słownie: _____**) złotych netto**

powiększona o podatek w wysokości _____ **%, co daje łącznie kwotę:**

_____ **zł brutto**

(słownie: _____**) złotych brutto**

+48 502 507 711 biuro@klinikawieczorek.pl
al.23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz
www.klinikawieczorek.pl
fb: lg:

KLINIKA
WIECZOREK
STOMATOLOGIA

2.

Powyższa cena netto i brutto obejmuje wszelkie koszty wykonawcy związane z prawidłowym wykonywaniem przedmiotu zamówienia, w tym koszt wszelkich danin publicznych a także obligatoryjnych składek na ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdrowotne, których płatnikiem jest Zamawiający, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi oraz podatek VAT - jeśli dotyczy.

3. Oświadczam, że:

a. Zapoznałam/łem się z treścią Zapytania;

b. Wykonawca wykona zamówienie na warunkach i zasadach określonych w Zapytaniu;

c. Wykonawca otrzymał konieczne informacje do przygotowania oferty;

d. Podana w ofercie cena za świadczenie przedmiotu zamówienia uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym koszt wszelkich danin publicznych a także obligatoryjnych składek na ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdrowotne, których płatnikiem jest Zamawiający, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi i jest stała w całym okresie obowiązywania umowy;

e. Wykonawca akceptuje wskazany w Zapytaniu termin związania ofertą i pozostaje związany niniejszą ofertą w tym terminie;

f. W razie wybrania oferty Wykonawca zobowiązuje się do podpisania umowy z Zamawiającym na warunkach zawartych w Zapytaniu, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;

g. oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

h. Wszelką korespondencję w dotyczącą niniejszego postępowania i zamówienia należy kierować na następujące adresy:

Imię i nazwisko: .....;

Adres:.....;

E-mail:.....;

Telefon:.....

+48 502 507 711 biuro@klinikawieczorek.pl fb: lg:

al.23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz

www.klinikawieczorek.pl

KLINIKA
WIECZOREK
STOMATOLOGIA

4. Na ..... kolejno ponumerowanych stronach składam całość oferty. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną cześć są:

1) .....

2) .....

3) .....

Nazwisko i imię wykonawcy / osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy	Podpis	Miejscowość i data

4)

5)

* ***Należy uzupełnić.*** *Cenę netto i brutto za wykonanie Przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Zapytaniu należy podać w złotych polskich z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.*

+48 502 507 711 biuro@klinikawieczorek.pl

al.23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz

www.klinikawieczorek.pl

fb: lg:

KLINIKA
WIECZOREK
STOMATOLOGIA

Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu i braku podstaw do wykluczenia

Zapytanie ofertowe z dnia 12.08.2022

.....
Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy

.....
Adres Wykonawcy

.....
NIP / PESEL Wykonawcy

Zamawiający:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA
LEKARZ DENTYSTA AGATA WIECZOREK
NIP 8762326566
al. 23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU I BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

Nawiązując do Zapytania ofertowego z dnia 12.08.2022 dotyczącego zamówienia pod nazwą:

„Zakup usługi doradczej w postaci Opracowania strategii wdrożenia na rynki Wielkiej Brytanii i Norwegii usługi natychmiastowej implantacji i odbudowy protetycznej innowacyjną metodą NeoArch. Przygotowanie planu działania, strategii działania i metod certyfikacji"

+48 502 507 711 biuro@klinikawieczorek.pl
al.23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz
www.klinikawieczorek.pl
fb: lg:

KLINIKA
WIECZOREK
STOMATOLOGIA

Ja, niżej podpisany/a, działając w imieniu i na rzecz:

_____

(imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy)

_____

(dokładny adres Wykonawcy)

zwanego/ej dalej Wykonawcą, oświadczam, że:

a. Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w Zapytaniu ofertowym z dnia 12.08.2022 (dalej: „Zapytanie");

b. nie zachodzą względem Wykonawcy przesłanki wykluczenia określone w Zapytaniu, w szczególności Wykonawca nie jest powiązany z Zamawiającym kapitałowo lub osobowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy	Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej (ych)	Miejscowość i data

+48 502 507 711 biuro@klinikawieczorek.pl
al.23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz
www.klinikawieczorek.pl
fb: lg:

KLINIKA
WIECZOREK
STOMATOLOGIA

Załącznik nr 3 Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia, w szczególności odpowiedzialnej za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat jej kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia

....., dnia .....
(miejscowość i data)

.....
Nazwa i adres Oferenta

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe oraz doświadczenie zawodowe
1			
2			
3			

.....
(pieczątka i podpis osoby uprawnionej)

Wykaz zrealizowanych usług należy udokumentować potwierdzającymi je referencjami lub protokołami z wykonania usług

+48 502 507 711 biuro@klinikawieczorek.pl
al.23 Stycznia 18, 86-300 Grudziądz
www.klinikawieczorek.pl
fb: lg: