**Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr *ZO 2/2018/PPNT/SNS***

**FORMULARZ OFERTY**

na wykonanie zamówienia o wartości netto nie przekraczającej 30 000 €.

***I. Nazwa Zadania:***

***Przeprowadzenie wstępnych profilaktycznych badań lekarskich oraz wydanie orzeczeń lekarskich dla stażystów - Uczestników Projektu „Szansa na Sukces”.***

**II. Nazwa Zamawiającego**

Rzeszowska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A.

35-959 Rzeszów, ul. Szopena 51

KRS 0000008207, NIP 813-00-10-538, Regon 690260330

Kapitał zakładowy w wysokości 34 277 000,00 zł opłacony w całości.

Bank, nr konta bankowego: Raiffeisen Bank Polska S.A. Oddział w Rzeszowie

nr konta 04 1750 1224 0000 0000 0115 4362.

RARR S.A. tel. nr: (017) 85 20 600 - centrala, (017) 86 76 200

Faks do korespondencji w sprawie zamówienia: (017) 85 20 611,

Strona internetowa Zamawiającego: www.rarr.rzeszow.pl

Strona internetowa Zamawiającego, na której znajduje się upublicznione zapytanie ofertowe: [www.rarr.rzeszow.pl](http://www.rarr.rzeszow.pl)

**III. Nazwa i adres WYKONAWCY składającego ofertę:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna dokładna nazwa Wykonawcy |  |
| Dokładny adres siedziby |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS |  |
| Strona internetowa |  |
| Adres do korespondencji |  |
| e-mail |  |
| Tel |  |
| Osoba do kontaktu |  |

**IV. Oświadczenia i deklaracje Wykonawcy składającego ofertę:**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

cenę brutto za 1 osobę:..................................zł.

słownie brutto:.........................................................................................................................................zł.

cenę brutto za 18 osób………………………………..zł

słownie brutto:…………………………..….…………………………………………………………………….zł.

2. Oświadczam(y), że\*:

* akceptuję(my) treść i postanowienia Zapytania ofertowego;
* zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń;
* związani jesteśmy ofertą do dnia podpisania umowy;
* w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w zaproszeniu ofertowym, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

Ponadto, oświadczam(y), że:

* dysponuję(y) na dzień składania ofert potencjałem technicznych gwarantującym pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem zamówienia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań jakimi powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r., nr 31, poz. 158) do wykonania zamówienia;
* posiadam(y) uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności, których dot. przedmiotowe zamówienie.

3. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.

4. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są\*:

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

**\*-** *niepotrzebne skreślić*

...........................dn. ........................ .............................................................

*podpisy i piecz*ę*cie osób upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

*(piecz*ęć *Wykonawcy)*