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

(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Zamawiającego

Nazwa organizacji: **Nadwiślański Oddział Straży Granicznej im. Powstania Warszawskiego**

Adres: ul. Komitetu Obrony Robotników 23, 02-148 Warszawa

E-mail: bartosz.lotys@strazgraniczna.pl, tel.: 22 500 33 72

Dane Wykonawcy

Nazwa: …………………..……

Adres: …………………….…..

NIP: ……………………...……..

E-mail: .........................................., tel.: ..............................................

I. Nazwa i nr zamówienia: Badania lekarskie osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Straży Granicznej oraz cudzoziemców składających wniosek o ochronę międzynarodową w ramach projektów pt. „Organizacja powrotów przymusowych cudzoziemców” projekt nr „11/1-2015/BK-FAMI oraz „Infrastruktura i procedury azylowe” projekt nr 12/1-2015/BK-FAMI finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Azylu, Migracji i Integracji z dnia 3 grudnia 2018 r.

II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:

1. *Cena brutto za jedno badanie* ……………………………………………………...................………….
2. Miejsce wykonywania badań lekarskich (dokładny adres) ……………..............................

III. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym/ogłoszeniu o zamówieniu.

Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO stanowiącą załącznik do zapytania ofertowego.

IV. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto ……. brutto……………………………zł.

V. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych przez Nadwiślański Oddział Straży Granicznej im. Powstania Warszawskiegow celu monitoringu, sprawozdawczości i audytu realizowanego projektu, wyłącznie podmiotom uprawnionym do prowadzenia powyższych czynności lub ich przedstawicielom zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

VI. Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego stanowiącego integralną część oferty są:

1. Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów leczniczych lub numer księgi rejestrowej

………………………………………….

podpis osoby uprawnionej