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

 (miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Zamawiającego

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

Adres: **ul. 17 Stycznia 23, 02-148 Warszawa**

E-mail: **nadwislanski@strazgraniczna.pl** , tel.: 22 500 33 01

Dane Wykonawcy

Nazwa: …………………..……

Adres: …………………….…..

NIP: ……………………...……..

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

1. Nazwa i nr zamówienia: **Ogłoszenie o zamówieniu nr 1/ZD/2019 - prowadzenie konsultacji psychiatrycznych na rzecz cudzoziemców przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Lesznowoli 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.**
2. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:
3. *Cena brutto za jedną konsultację* …………………………………………………...................………….
4. *Czas realizacji konsultacji* .....………………………………………………………………………………………
5. *Posiadanie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii* - ……………………………………………………….

III. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w ogłoszeniu o zamówieniu nr 1/ZD/2019 oraz klauzulę informacyjną RODO.

IV. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto ……………….. brutto……………………………zł;

Czas realizacji konsultacji w ciągu maksymalnie: ………………………………..;

V. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych przez Nadwiślański Oddział Straży Granicznejw 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. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP;
2. Kopia dyplomu ukończenia studiów medycznych;
3. Kopia dokumentów potwierdzających posiadanie specjalizacji z psychiatrii lub dokumentu potwierdzającego ukończenie I roku specjalizacji w dziedzinie psychiatrii;
4. Kopia dokumentów potwierdzających posiadanie doświadczenia zawodowego.

 ………………………………………….

 podpis osoby uprawnionej