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

 (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: bartosz.lotys@strazgraniczna.pl, tel.: 22 500 33 72

**Dane Wykonawcy**

Nazwa: …………………..……

Adres: …………………….…..

NIP: ……………………...……..

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

**I. Nazwa i nr zamówienia:** Prowadzenie badań lekarskich osób nieletnich zatrzymanych przez funkcjonariuszy Straży Granicznej oraz nieletnich cudzoziemców składających wniosek o ochronę międzynarodową w Placówce Straży Granicznej w Łodzi, współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Azylu, Migracji i Integracji – ogłoszenie nr 2/ZD/19.

**II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:**

1. *Cena brutto za jedno badanie osoby nieletniej zatrzymanej lub składającej wniosek lub badanie w celu oceny rzeczywistego wieku osoby zatrzymanej lub składającej wniosek) ……………....................*……………………………………………………...................………….
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:**

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

 ………………………………………….

 podpis osoby uprawnionej