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

 (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: Prowadzenie badań lekarskich osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Straży Granicznej oraz cudzoziemców składających wniosek o ochronę międzynarodową, finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Azylu, Migracji i Integracji – ogłoszenie o zamówieniu nr 6/ZD/2023.

II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:

1. *Cena brutto za jedno badanie* ……………………………………………………...................………….
2. *Cena brutto za wykonanie obu badań będących przedmiotem zamówienia w odniesieniu do tej samej osoby …………………………………………………………………………………*
3. Miejsce wykonywania badań lekarskich (dokładny adres) ……………..............................

III. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w ogłoszeniu o zamówieniu nr 6/ZD/2023. Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO załączoną do ogłoszenia o zamówieniu nr 6/ZD/2023.

IV. 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 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

V. 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