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

 (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 w Placówce Straży Granicznej w Radomiu, współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Azylu, Migracji i Integracji – ogłoszenie nr 11/ZD/2023.

**II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:**

1. *Cena brutto za jedno badanie osoby zatrzymanej / składającej wniosek / badanie w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwskazań do doprowadzenia drogą lądową lub lotniczą……………………;*

**III.** Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w ogłoszeniu o zamówieniu nr 11/ZD/2023.

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

**IV. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

1. *badanie osoby zatrzymanej / składającej wniosek / badanie w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwskazań do doprowadzenia drogą lądową lub lotniczą*

 Cena 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 2019 r. poz. 1781 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