Załącznik 2 do zapytania ofertowego

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

*(pieczęć Wykonawcy lub Wykonawców*

*ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia)* Do:

FUNDACJI ROZWOJU

SYSTEMU EDUKACJI

00-551 WARSZAWA,

UL. MOKOTOWSKA 43

**OFERTA**

My, niżej podpisani

………………………………………………........................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz:

……………………….............................................................................................................................................................................

w odpowiedzi na ZAPYTANIE OFERTOWE dotyczące: świadczenie usług medycznych dla pracowników FRSE i ich rodzin.

1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opis przedmiotu zamówienia**  (1) | **Szacunkowa liczba pracowników\***  (2) | **Cena jednostkowa miesięcznego pakietu** (3) | **Wartość brutto**  (2x3) |
| Pakiet medycyna pracy | 250 |  |  |
| Pakiet indywidualny | 250 |  |  |
| Pakiet dla współmałżonka/partnera/dziecka | 50 |  |  |
| Pakiet dla rodziny | 50 |  |  |
| RAZEM | | |  |

\* - Wskazane w powyższej tabeli wielokrotności są ilościami szacunkowymi i służą jedynie do porównania ofert, Zamawiający będzie się rozliczał z Wykonawcą na podstawie cen jednostkowych miesięcznego pakietu brutto określonych w kolumnie nr 3 powyższej tabeli.

2. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia od dnia 02.01.2017 do dnia 31.12.2019 roku lub do wyczerpania kwoty przeznaczonej na sfinansowanie umowy.

3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert.

4. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych przez strony oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

5. Załącznikami do niniejszego formularza są:

* 1. …………………………………………………………………………………………….

6. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

…………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

nr tel./faksu .................................................................e-mail................................................................................................

................................, *dnia* ............................. ......................................................................

*podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*