



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Załącznik nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

<p>..... (pieczęć Wykonawcy)</p>	
Nazwa Wykonawcy:	
Adres:	
Adres do korespondencji:	
e-mail:	
NIP:	
REGON:	
Telefon:	Faks:

Niniejszym, po zapoznaniu się z Zapytaniem ofertowym i jego załącznikami, przeprowadzanym w ramach Projektu: „Wielkopolska Onkologia: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno – epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki” finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014, Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz Ministerstwa Zdrowia na podstawie umowy o dofinansowanie nr 023/326/7/MFEOGNMF/2014/00/75/1164.

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55
tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21, fax. 61 852 94 72
www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

BIURO PROJEKTU:

Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań, tel. (61) 854 95 65, e-mail: wielkopolskaonkologia@skpp.edu.pl
Nr konta: Bank Handlowy w Warszawie SA Oddział w Poznaniu - 45 1030 1247 0000 0000 0663 3072



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Oświadczam, że przedmiot zamówienia: wykonanie usługi polegającej na zrealizowaniu badań laboratoryjnych podczas Akcji Zdrowotnych w poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej z Wielkopolski, opisany szczegółowo w Zapytaniu Ofertowym zobowiązuje się zrealizować w zakresie ustalonym w umowie za cenę ofertową:

1	2	3	4	5
	Wartość netto w zł	Stawka VAT %	Wartość VAT w zł	Cena w zł (2+4=5)
Wartość usługi za 1 Pacjenta:				
- glukoza				
- morfologia				
-CRP				
Wartość usługi (max. do 100 Pacjentów 18 Akcji)				

Słownie: cena brutto zamówienia:.....

- Oświadczam, że przedmiot zamówienia zostanie wykonany w wyznaczonym terminie.
- Oświadczam, że akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy, a w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w obszarach związanych z realizacją projektu – strona internetowa projektu, dokumentacja projektowa, materiały informacyjne projektu. (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)."
- Wraz z Formularzem ofertowym składam wymagane dokumenty:
 - KRS/wypis z ewidencji działalności gospodarczej* (*niepotrzebne skreślić)
 - Załącznik nr 2a** z oświadczeniem Wykonawcy o braku powiązań
 - Załącznik nr 3** Wzór umowy

.....dn.

.....

(podpis osoby uprawnionej)

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 55
tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21, fax. 61 852 94 72
www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

BIURO PROJEKTU:

**Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań, tel. (61) 854 95 65, e-mail: wielkopolskaonkologia@skpp.edu.pl
Nr konta: Bank Handlowy w Warszawie SA Oddział w Poznaniu - 45 1030 1247 0000 0000 0663 3072**



WIELKOPOLSKA ONKOLOGIA: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki

Załącznik nr 2a

Oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań z Zamawiającym

<p>..... (pieczęć Wykonawcy)</p>	
Nazwa Wykonawcy	
Imię	
Nazwisko	

Oświadczam, że:

1. Nie uczestniczę w spółce jako współnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. Nie posiadam co najmniej 10% udziałów lub akcji;
3. Nie pełnię funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. Nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli z Zamawiającym.

.....dn.

.....

(podpis osoby uprawnionej)