**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

**Zamawiający:**

**Polska Organizacja Turystyczna**

**ul. Młynarska 42**

**01-171 Warszawa**

**OFERTA**

Nazwa i adres podmiotu składającego ofertę:

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

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

NIP ......................................... REGON .................................................................

Adres, na który Zamawiający powinien przesyłać ewentualną korespondencję:

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

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

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

Numer telefonu: ...............................................................................................

e-mail .....................................................................................................................

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe na**:** **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH INDYWIDUALNYCH PAKIETÓW DLA PRACOWNIKÓW POLSKIEJ ORGANIZACJI TURYSTYCZNEJ I ICH RODZIN,** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Cena pakietu podstawowego indywidulanego (dla pracownika) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |
| ***Cena pakietu podstawowego partnerskiego (dla pracownika i partnera) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |
| ***Cena pakietu podstawowego rodzinnego (dla pracownika, partnera, dzieci, które nie ukończyły 26 r.ż. i nie pozostają w związku małżeńskim) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |
| ***Cena pakietu podstawowego dla seniora (dla emerytów lub rodziców pracownika, przy czym jeden pakiet obejmuje Usługi Medyczne świadczone na rzecz jednej osoby spośród osób uprawnionych do skorzystania z tego pakietu) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |
| ***Cena pakietu rozszerzonego indywidulanego (dla pracownika) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |
| ***Cena pakietu rozszerzonego partnerskiego (dla pracownika i partnera) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |
| ***Cena pakietu rozszerzonego rodzinnego (dla pracownika, partnera, dzieci, które nie ukończyły 26 r.ż. i nie pozostają w związku małżeńskim) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |
| ***Cena pakietu podstawowego dla seniora (dla emerytów lub rodziców pracownika, przy czym jeden pakiet obejmuje Usługi Medyczne świadczone na rzecz jednej osoby spośród osób uprawnionych do skorzystania z tego pakietu) za miesiąc*** | CENA BRUTTO | STAWKA PODATKU VAT  (%) |
|  |  |

Ponadto oferujemy:

1. wizytę u lekarza internisty i pediatry (bez wskazania przez pacjenta konkretnego lekarza) **w terminie: ………dni** kalendarzowych od dnia w którym Pacjent zgłosił chęć odbycia wizyty, chyba że zgodnie z jego wolą wizyta ma odbyć się w terminie późniejszym.
2. wizytę u lekarza specjalisty: okulisty, kardiologa, ginekologa, laryngologa, dermatologa, ortopedy (bez wskazania przez pacjenta konkretnego lekarza specjalisty) **w terminie: ……….dni** roboczych od dnia w którym Pacjent zgłosił chęć odbycia wizyty, chyba że zgodnie z jego wolą wizyta ma się odbyć w terminie późniejszym;
3. wizytę u pozostałych lekarzy specjalistów (bez wskazania przez pacjenta konkretnego lekarza specjalisty) **w terminie ……..dni** roboczych od dnia, w którym Pacjent zgłosił chęć odbycia wizyty , chyba że zgodnie z jego wolą wizyta ma się odbyć w terminie późniejszym;

Oświadczam(-y), że:

1. Nie podlegamy wykluczeniu z postępowania zgodnie z warunkami wskazanymi w niniejszym zapytaniu ofertowym.
2. Zapoznaliśmy się z warunkami podanymi przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia, a także akceptujemy istotne postanowienia umowy oraz termin realizacji przedmiotu zamówienia podany przez Zamawiającego.
4. Posiadam(-y) kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej objętej przedmiotem zamówienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
5. Znajduję(-emy) się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej prawidłowe   
   i terminowe wykonanie zamówienia.
6. Wypełniłem(-liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. W przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy   
   w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

.........................., dn. ........................ ………….....................................

(podpis uprawnionego

przedstawiciela Wykonawcy)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |