**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 01/EOG/2015**

**Nazwa i siedziba wykonawcy:**

……………………………………………………

…………………………………………………..

***FORMULARZ OFERTOWY***

**ZAMAWIAJĄCY:**

Nowa Rehabilitacja Sp. z o.o.

ul. Polarna 10

30-389 Kraków

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu o zachowanie zasady konkurencyjności, w trybie zapytania ofertowego w ramach projektu: „*Realizacja Projektu Diagnostyki, Profilaktyki Geriatrycznej z wykorzystaniem elementów Teleopieki sposobem lepszego dostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb szybko rosnącej populacji osób powyżej 60 roku życia*” współfinansowanego ze środków MF EOG 2009-2014 i NMF 2009-2014 w ramach programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno – epidemiologicznych”, oferujemy:

1. Wykonanie dostawy usług zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym nr 01/EOG/2015
2. Łączna cena zapłaty za dostawę usług wymienionych w 1 pkt. niniejszej oferty wynosi - brutto …………………. zł (słownie: ………………………………………………………..) w tym:

* kwota netto: ………….. zł
* podatek VAT: ……….. zł

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia otwarcia ofert.
3. Oświadczamy, że projekt umowy (załącznik nr 3 do zapytania ofertowego) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest ……………………, tel.: …………………., fax: ………………., e-mail: ..........................l.
5. Posiadamy następujący numer konta bankowego:………………………………………………………, numer NIP: ……………………. oraz numer REGON: …………………………..
6. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1/ Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia w zakresie obsługi prawnej (w przeszłości i aktualnie) podmiotów działających w branży medycznej,

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

*/ Miejscowość i data/ /podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)*

*do reprezentowania Wykonawcy/*