**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 65/EOG/2017**

**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 65/EOG/2017
2. **Łączna cena** za dostawę usług wymienionych w 1 pkt. niniejszej oferty wynosi – brutto: …………………. zł (słownie: ………………………………………………………..) w tym:
* kwota netto: ………………... zł
* kwota VAT: ……………….. zł
1. Cena **za wykonanie obliczeń statystycznych obejmujących wyniki przeprowadzonych w ramach rozszerzonego zakresu projektu** wynosi brutto:

…………………. zł (słownie: ………………………………………………………..) w tym:

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

II. Cena **za wykonanie raportu z prac analitycznych obejmujących wyniki przeprowadzonych w ramach rozszerzonego zakresu projektu** wynosi brutto:

…………………. zł (słownie: ………………………………………………………..) w tym:

* kwota netto: ………………... zł
* kwota VAT: ……………….. zł
1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu i nie wnosimy do niego 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. Informujemy także, iż osobą uprawnioną do kontaktów z Zamawiającym jest ……………………, tel.: …………………., fax: ………………., e-mail: ...........................
4. Posiadamy następujący numer konta bankowego:………………………………………………………, numer NIP: ……………………. oraz numer REGON: …………………………..

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

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

*do reprezentowania Wykonawcy/*