**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 03/NPZ/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 zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) pod nazwą „*Edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego – organizacja szkoleń dla fizjoterapeutów w zakresie problematyki geriatrycznej i gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi i wczesnego wykrywania* *chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego”* finansowanego ze środków Ministerstwa Zdrowia w zakresie punktu 3.1 Celu operacyjnego 5: *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*, oferujemy:

1. Wykonanie dostawy usług zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym nr 03/NPZ/2017.
2. Łączna cena zapłaty za całość usług wymienionych w 1 pkt. niniejszej oferty wynosi -

brutto ………….……. PLN (słownie: …………………………..………………………………………….. złotych) w tym:

* kwota netto: …………….….. PLN
* podatek VAT 8%: ………….…… PLN
* podatek VAT 23%: ………….…… PLN
1. Cena jednego kompletu posiłków na osobę (5-dniowy catering):

brutto ………….……. PLN (słownie: …………………………..………………………………………….. złotych) w tym:

* kwota netto: …………….….. PLN
* podatek VAT 8%: ………….…… PLN
* podatek VAT 23%: ………….…… PLN
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/*