

### Formularz oferty

na potrzeby projektu „**Postaw na kwalifikacje!**” realizowanego w ramach: umowy o dofinansowanie nr umowy RPLD.08.02.01-10-0005/22-00 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

#### Oś Priorytetowa VIII Zatrudnienie

Działanie VIII.2 Wsparcie aktywności zawodowej osób po 29 roku życia

Poddziałanie VIII.2.1 Wsparcie aktywności zawodowej osób po 29 roku życia

<b>Wykonawca (Imię i nazwisko/nazwa firmy)</b>	
<b>Adres :</b>	
<b>NIP: (jeżeli dotyczy)</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

**Oferuję przeprowadzenie badań lekarskich oraz wydanie orzeczeń lekarskich dla uczestników projektu „Postaw na kwalifikacje!”, na zajęcia realizowane w ramach projektu, w wymienionym poniżej zakresie, za cenę jednostkową brutto wynoszącą:**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Proponowana cena jednostkowa brutto (w zł) <sup>1</sup>
1	2	3
1.	Badanie lekarskie wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego przed szkoleniem Kierowca prawo jazdy kat. C z kwalifikacją wstępną przyspieszoną	
2.	Badanie lekarskie wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego przed szkoleniem Magazynier z obsługą wózka widłowego	
3.	Badanie w zakresie medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia przed stażem zawodowym	

<sup>1</sup> W ofercie należy podać kwotę brutto (wraz z narzutami na wynagrodzenia ubezpieczonego i płatnika –jeśli dotyczy) lub kwotę brutto (z VAT w przypadku podatnika VAT). Cena rozumiana jest jako koszt jednostkowy realizacji zamówienia opisanego w zapytaniu ofertowym, a dla podatnika VAT –kwota zawierająca podatek VAT

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Wł na lata 2014-2020

Oświadczam, że:

- a) spełniam określone w zapytaniu ofertowym nr 3/RPO/8.2.1/2022/PnK warunki udziału w postępowaniu,
- b) **posiadam aktualny wpis / dysponuję osobami posiadającymi wpis** do rejestru jednostek podstawowych służb medycyny pracy w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy,\*
- c) **posiadam aktualny wpis / dysponuję osobami posiadającymi wpis** do ewidencji uprawnionych lekarzy do przeprowadzania badań w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, prowadzonej przez właściwego Marszałka Województwa,\*
- d) **posiadam / dysponuję osobami posiadającymi** uprawnienia, wiedzę i doświadczenie, niezbędne do wykonania zamówienia, \*
- e) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania usługi,
- f) znajduję się w odpowiedniej sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na wykonanie zamówienia,
- g) miejsce wykonywania usługi znajduje się w budynku przystosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,
- h) w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania usługi w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym nr 3/RPO/8.2.1/2022/PnK,
- i) moja oferta **jest/nie jest** ofertą częściową\*.
- j) uważam się związany/a niniejszą ofertą przez 30 dni od daty jej złożenia.

Do oferty załączono następujące dokumenty:

- Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu –Załącznik nr 2.
- Oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań osobowych i/lub kapitałowych –Załącznik nr 3.
- Klauzula informacyjna -Załącznik nr 4.
- Inne .....

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty wykonam usługi opisane w zapytaniu ofertowym zgodnie z wymogami prawa i wymaganiami Zamawiającego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę Agencję Usług Oświatowych Ośrodek Szkolenia Kierowców „OLIMP” s.c. do celów związanych z niniejszym postępowaniem na potrzeb realizacji projektu pt. "Postaw na kwalifikacje!", zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku nr 4 do zapytania ofertowego nr 3/RPO/8.2.1/2022/PnK.

Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe są niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w protokole wyboru i na stronie internetowej [www.olimp.org.pl](http://www.olimp.org.pl)).

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane zawarte w ofercie i załącznikach są zgodne z prawdą.

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis i pieczęć Wykonawcy lub czytelny podpis



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



województwo  
**łódzkie**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



---

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

\* Niepotrzebne skreślić.