……………………………………………………………….…

(*nazwa (firma) albo imię i nazwisko, siedziba*

*albo miejsce zamieszkania i adres Wykonawcy)*

……………………………………………………………….…

*(dane kontaktowe, telefon, e-mail)*

……………………………………………………….

*(miejscowość i data)*

**ZAMAWIAJĄCY**

**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

**ul. Jana Kilińskiego 1**

**15-089 Białystok**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr: ARE.611.1.3.2021 z dnia …………………. dotyczące wyłonienia Wykonawców usługi określonej w w/w Zapytaniu ofertowym, oferuję realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

brutto: ………………………………………… zł za 1 godzinę pracy. Podana cena obejmuje całkowite wynagrodzenie za usługę opisaną w zapytaniu ofertowym, w tym wszystkie obowiązkowe obciążenia, np. VAT, ZUS pracodawcy.

Oświadczam, że:

* Posiadam prawo wykonywania zawodu pielęgniarki stwierdzone albo przyznane przez Okręgową Radę pielęgniarek i położnych w ……………………………..

1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i będą obowiązywały przez cały okres trwania umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z Zapytaniem ofertowym i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w nim zawarte.
3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą na okres 30 dni od terminu składania ofert.
4. W przypadku przyznania mi zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Zobowiązuję się w przypadku przyznania mi zamówienia do jego zrealizowania w ramach ceny ofertowej.
6. Akceptuję warunek, iż zapłata wynagrodzenia za wykonanie zamówienia nastąpi wg zasad określonych we wzorze umowy.

………………………………………………………………

(czytelny podpis Wykonawcy)