**Załącznik nr 1**

………………………………………………

(*nazwa i adres Wykonawcy)*

………………………………………………

*(telefon, e-mail)*

…………………………………………

*(miejscowość i data)*

**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

**ul. Jana Kilińskiego 1**

**15-089 Białystok**

**Formularz ofertowy**

Odpowiadając na zamówienie nr ……………………. z dnia …………………. na wyłonienie Wykonawców usługi polegającej na **administrowaniu zwrotami kosztów dojazdów na wizytę uczestnikom badania** **pn.** *Randomizowane, kontrolowane, podwójnie zaślepione badanie kliniczne oceniające wpływ leczenia metforminą na funkcję endometrium u kobiet z rozpoznaną idiopatyczną niepłodnością*, o skróconej nazwie METIN (**umowa nr 2021/ABM/03/00006)**, informuję, że zamówienie, które będzie realizowane zgodne z opisem zamieszczonym w opisie przedmiotu zamówienia, zostanie wykonane za:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Lista zwrotów** | **Cena jednostkowa brutto** | **Łączna cena brutto**  **(liczba zwrotów x cena jednostkowa brutto)** |
| Administrowanie zwrotami kosztów dojazdu na wizytę | 1600 |  |  |

Podana cena obejmuje całkowite wynagrodzenie za obsługę administracyjną jednej wizyty opisaną w zapytaniu ofertowym, w tym wszystkie obowiązkowe obciążenia publicznoprawne Wykonawcy.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami z art. 13 RODO dotyczącymi przetwarzania danych osobowych osób biorących udział w postępowaniu, dostępnymi pod adresem: www.zamowienia.umb.edu.pl.

……………………………………………

(czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)