Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 1/2015 Dyrektora Zarządu Dróg Wojewódzkich w Bydgoszczy z dnia 15.01.2015r w sprawie realizacji zamówień publicznych wyłączonych spod stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. –Prawo zamówień publicznych przez ZDW w Bydgoszczy oraz RDW w związku z gospodarowaniem środkami publicznymi o wartości szacunkowej nieprzekraczającej równowartości kwoty 30 000 euro dotyczących realizowania zamówień ze środków własnych.

Pełna nazwa Wykonawcy	
Adres siedziby Wykonawcy	
Ulica	
Miejscowość, kod pocztowy	
Województwo	
Adres do korespondencji	
NIP	
REGON / KRS	
Nr telefonu do kontaktu	
Nr faksu do kontaktu	
Adres e-mail do kontaktu	
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktowania się z Zamawiającym	

sprawa nr ZDW. RDW 5.12c.362.01.2016zw

Do: RDW Włocławek
ul. Chopina 1
87-800 Włocławek

FORMULARZ OFERTY

1. Przedmiotem zamówienia są **„Badania lekarskie z zakresu medycyny pracy dla pracowników RDW Włocławek w 2016r. – badania okresowe, kontrolne, wstępne, badania psychotechniczne dla kierowców”**
CPV 85.12.00.00 - 6 Usługi medyczne i podobne
2.1. Zakres zamówienia:
- zakres zamówienia został opisany w Szczegółowej Charakterystyce Przedmiotu Zamówienia oraz Ogłoszeniu i Istotnych Postanowieniach Umowy
2.2 Wymagania związane z wykonaniem:
- zostały opisane w Szczegółowej Charakterystyce Przedmiotu Zamówienia oraz Ogłoszeniu i Istotnych Postanowieniach Umowy

3. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w terminie do dnia 21.01.2016r. do godz. 15.00 / osobiście, pisemnie, faksem, e-mail/ na formularzu oferty na adres zamawiającego.
4. Nazwa Wykonawcy:

....
NIP ..... REGON ……
Tel. ……. Fax ……..

5. Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:
cena brutto..... (suma cen brutto z kosztorysu 1a i 1b)

Słownie.....**.....**

6. Deklarujemy ponadto:
a) Termin realizacji zamówienia – od dnia podpisania umowy do 31.12.2016r.
b). Warunki płatności: przelew 21 dni od daty przyjęcia faktury przez Zamawiającego.
c). .....

7. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia.

.....
podpis osoby uprawnionej