Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy ................................................................................................................................................................................................................................................................................

Siedziba Wykonawcy ........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Do: Nazwa i siedziba Zamawiającego: **Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno – Pedagogicznych w Wejherowie, ul. Ofiar Piaśnicy 22, 84 – 200 Wejherowo**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe na ***„Świadczenie usług z zakresu konsultacji medycznej dla potrzeb Zespołu Orzekającego”*** oferuję wykonywanie usługi będącej przedmiotem zamówienia (stawka za jedno dziecko) za cenę:

wartość netto .................................... zł (słownie:....................................................... złotych)

VAT .................................................. zł (słownie:....................................................... złotych)

cena brutto ....................................... zł (słownie:........................................................złotych)

Oświadczam, że uważam się za związanego(ą) niniejszą ofertą przez okres 30 dni, od dnia składania ofert. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

Oświadczam, że zapoznałem(am) sie z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem(am) niezbędne informacje do przygotowania oferty.

Załączniki do oferty

1. ............................................

2. ............................................

..........................................., dn. ..................

....................................................................

(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 2

**OŚWIADCZENIA O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby** | **Kwalifikacje zawodowe** |
|  | - prawo wykonywania zawodu lekarza:  TAK / NIE \*  - specjalizacja ……..….. stopnia z dziedziny ………………………..…………………………..\*\* |

.....................................................................

(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy wpisać stopień oraz dziedzinę specjalizacji