



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, składam niniejszą ofertę i zobowiązuję się wykonać przedmiotowe zamówienie, zgodnie z wszystkimi warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym, mając na względzie charakter Projektu oraz uwarunkowania związane z jego realizacją z funduszy UE.

Przedmiotowe zamówienie **zobowiązuje się** wykonać na następujących oferowanych przeze mnie warunkach:

1. Cena

Usługa	Cena jednostkowa za realizację 0,5 h opieki lekarskiej (tj. 60 min./2- tj. za 30 min.)	Liczba 0,5 godzinnych konsultacji	Cena ogółem (cena jednostkowa x Liczba 0,5 godzinnych konsultacji)
Opieka lekarska	600

d) OŚWIADCZENIA OFERENTA

Działając w imieniu wskazanego wyżej Oferenta, jako osoba upoważniona do złożenia niżej opisanych oświadczeń w imieniu Oferenta, **niniejszym oświadczam**, zgodnie z prawdą i pod rygorem odpowiedzialności prawnej, że:

- 1) Spełniam warunki udziału w wyżej wymienionym zamówieniu,
- 2) Wobec Oferenta nie wszczęto postępowania upadłościowego, ani nie ogłoszono jego upadłości,
- 3) Oferent nie zalega z opłacaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne,
- 4) Oferent nie jest osobą fizyczną prawomocnie skazaną za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego lub za inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,
- 5) Oferent nie jest osobą prawną, której urzędujących członków władz skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego albo inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych,
- 6) Oferent znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej niezakłóconą realizację zamówienia,
- 7) Oświadczam, że osoba / podmiot, który reprezentuję, a który ubiega się o udzielenie zamówienia w ramach niniejszego postępowania, nie jest powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
Miejscowość i data

.....
*podpis i imienna pieczęć oferenta lub
upoważnionego przedstawiciela oferenta
z załączonym pełnomocnictwem*