**Załącznik nr 1**

do zapytania ofertowego

na nabór lekarza/y i psychologa/ów

do przeprowadzania kontroli w zakresie wynikającym z ustawy

o kierujących pojazdami

………………………………………………

 (Pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dotyczy naboru lekarza/ psychologa**

(niewłaściwe skreślić)

**ZAMAWIAJĄCY:**

Województwo Świętokrzyskie ‐ Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego,
al. IX Wieków Kielc 3, 25‐516 Kielce, NIP: 959‐15‐06‐120

**WYKONAWCA**

IMIĘ I NAZWISKO:

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

Adres .........................................................................................................................................

tel. .........................., e-mail: ……………..….......................................................................

NIP .............................................................., REGON .........................................................

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym w trybie poniżej kwoty 130 000,00 zł, dotyczące zapytania ofertowego na zadanie pn: **„*Nabór lekarza/y i psychologa/ów do przeprowadzania kontroli w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami”.***

**UWAGA:. W formularzu ofertowym należy wskazać cenę brutto za godzinę wykonania kontroli. Czas przeprowadzenia jednej kontroli to 6 h. Kwota za wykonanie jednej kontroli stanowić będzie iloczyn stawki godzinowej brutto x 6 h.**

1. **Oferuję przeprowadzaniekontroli** (*wybrać właściwe a lub b):*
2. lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań lekarskich osób ubiegających
się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców w zakresie wynikającym
z ustawy dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami z upoważnienia Marszałka Województwa Świętokrzyskiego za cenę**: stawka godzinowa brutto** ............... zł (słownie złotych brutto: .......................................................................................................................).

Kwota za wykonanie jednej kontroli to: ....………zł (brutto) - zgodnie z wyliczeniem:
6h x stawka godzinowa ........... zł brutto.

1. przedsiębiorców/jednostek sektora finansów publicznych prowadzących pracownię psychologiczną w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami z upoważnienia Marszałka Województwa Świętokrzyskiego,
za cenę**: stawka godzinowa brutto** .................. zł (słownie złotych brutto:.......................................................................................................................).
Kwota za wykonanie jednej kontroli to: ....………zł (brutto) - zgodnie z wyliczeniem:
6h x stawka godzinowa ........... zł brutto.
2. Oświadczam, że kwota za wykonanie jednej kontroli podana w ofercie uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam, że przedmiot zamówienia zostanie wykonany we wskazanym terminie.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego, przyjmuję warunki w nim zawarte
i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z Zarządzeniem Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w sprawie Zasad kontroli: 1. lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, 2. przedsiębiorców/jednostek sektora finansów publicznych prowadzących pracownię psychologiczną, przeprowadzanych przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego na mocy ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami i zobowiązuję się do ich stosowania.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu *Naboru lekarza/y i psychologa/ów do przeprowadzania kontroli w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami.*

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych dla osób biorących udział w procesie naboru, zamieszczoną w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego.

……………………… …………………….

 *(miejscowość, data ) (czytelny podpis Wykonawcy)*