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

(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Zamawiającego

Nazwa organizacji: **Nadwiślański Oddział Straży Granicznej im. Powstania Warszawskiego**

Adres: **Komitetu Obrony Robotników 23**

E-mail: **nadwislanski@strazgraniczna.pl** , tel.: 22 500 33 01

Dane Wykonawcy

Nazwa: …………………..……

Adres: …………………….…..

NIP: ……………………...……..

E-mail: .........................................., tel.: ..............................................

I. Nazwa i nr zamówienia:.........................................................................................

II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:

1. *Cena brutto za jedną konsultację* …………………………………………………...................………….
2. Czas realizacji konsultacji .....…………………………………………………………………………………….

III. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w zapytaniu ofertowym/ogłoszeniu o zamówieniu oraz klauzulę informacyjną RODO.

IV. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto ……………….. brutto……………………………zł.

V. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych przez Nadwiślański Oddział Straży Granicznejw celu monitoringu, sprawozdawczości i audytu realizowanego projektu, wyłącznie podmiotom uprawnionym do prowadzenia powyższych czynności lub ich przedstawicielom zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

VI. Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego stanowiącego integralną część oferty są:

1. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP;

2. Kopia dyplomu ukończenia studiów medycznych;

3. Kopia dokumentów potwierdzających posiadanie specjalizacji z psychiatrii

4. Kopia dokumentów potwierdzających posiadanie doświadczenia zawodowego

………………………………………….

podpis osoby uprawnionej