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

 (miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

**Dane Zamawiającego**

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

Adres: ul. Komitetu Obrony Robotników 23, 02-148 Warszawa

E-mail: bartosz.lotys@strazgraniczna.pl, tel.: 22 500 33 72

Dane Wykonawcy

Nazwa: …………………..……

Adres: …………………….…..

NIP: ……………………...……..

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

I. Nazwa i nr zamówienia: Wykonywanie badań laboratoryjnych potwierdzających zakażenie wirusem SARS - CoV-2 metodą RT-PCR na rzecz cudzoziemców przebywających w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w Lesznowoli, cudzoziemców zatrzymanych przez Straż Graniczną lub składających wniosek o udzielenie ochrony międzynarodowej oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej, finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Azylu, Migracji i Integracji – ogłoszenie o zamówieniu nr 2/ZD/2021.

II. Szczegóły dotyczące realizacji zamówienia:

1. *Cena brutto za jedno badanie …………………………………………………...................………….*

III. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuję warunki dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia przedstawione w ogłoszeniu o zamówieniu nr 2/ZD/2021. Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO załączoną do ogłoszenia o zamówieniu nr 2/ZD/2021.

IV. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za (proszę podać cenę jednej konsultacji):

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

V. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych przez Nadwiślański Oddział Straży Granicznej im. Powstania Warszawskiegow 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 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………….

 podpis osoby uprawnionej