Suwałki, ..... ....................... 2021 r.

……………………………..
 pieczątka oferenta

**FORMULARZ OFERTY**

**dotyczący świadczenia usług w zakresie stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu osób zmarłych na terenie Miasta Suwałk**

(nazwa rodzaju zamówienia)

1. **Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:**

 Miasto Suwałki, ul. Mickiewicza 1, 16-400 Suwałki.

1. **Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest:

* usługa polegająca na stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny oraz wystawieniu karty zgonu, wyłącznie w sytuacjach przewidzianych przepisami art. 11 ust. 2 ustawy z dnia
31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947) oraz
§3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r.
w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. z 1961 r. Nr 39, poz. 202).
* usługa będzie realizowana wyłącznie w granicach administracyjnych Miasta Suwałki, całodobowo, 7 dni w tygodniu, na podstawie wezwania dyżurnego Centrum Zarządzania Kryzysowego /dyżurnego Komendy Miejskiej Policji w Suwałkach/ dyżurnego Straży Miejskiej w Suwałkach
* Wykonawca zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, w możliwie najszybszym czasie od momentu otrzymania zgłoszenia, nie później jednak niż w ciągu 5 godzin.
1. **Warunki płatności**: płatność przelewem na rachunek wykonawcy w terminie 14 dni
od daty dostarczenia do ZAMAWIAJĄCEGO prawidłowo wystawionej faktury VAT,
po wykonanej usłudze wraz z oryginałem „Dokumentu stwierdzenia zgonu”.
2. **Termin wykonania zamówienia:**
* Od dnia podpisania umowy do 31 grudnia 2021 roku
1. **Nazwa i adres WYKONAWCY**:
2. Nazwa: .........................................................................................................................................
3. Adres: ...........................................................................................................................................
4. NIP: .......................................................................................................................................
5. nr rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. nr telefonu, pod którym będzie możliwe całodobowe zgłaszanie konieczności stwierdzenia zgonu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |

**VI. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie określonym w zapytaniu ofertowym:**

Za wykonanie jednej usługi stwierdzenia zgonu, ustalenia przyczyny zgonu i wystawienia karty zgonu osoby zmarłej na terenie Miasta Suwałki:

cena netto: ......................................................................... zł

podatek VAT: ................................................................... zł

cenę brutto: ....................................................................... zł

słownie brutto: ............................................................................................................ zł

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem /zapoznałam się z opisem przedmiotu zamówienia oraz istotnymi postanowienia zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Zapoznałem /zapoznałam się z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania ofertowego oraz wzorem „Dokumentu stwierdzenia zgonu”.
3. W cenie mojej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym umożliwiającym wykonanie zamówienia.
5. Uważam się za związanego /związaną niniejszą ofertą przez 30 dni.

 ………………………………….

 Podpis oferenta