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

 *(pieczęć Wykonawcy)*

**F O R M U L A R Z O F E R T O W Y**

**na usługi w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Tarnobrzegu, osób bezrobotnych oraz poszukujących pracy .**

**DANE WYKONAWCY:**

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

a) Nazwa (firma) /Imię i Nazwisko Wykonawcy

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

b) Adres (siedziba) Wykonawcy

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

Tel.: .................................................. fax: ...............................................

REGON: .......................................... NIP: ...............................................

e-mail: ..............................................

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie oferty: .........................................

Numer telefonu: .........................................

W związku z zamówieniem publicznym na „**Usługi w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Tarnobrzegu, osób bezrobotnych oraz poszukujących pracy**”- oferuję przyjęcie do wykonania przedmiotu zamówienia, którego rzeczowy zakres określono w Zapytaniu ofertowym z dnia 04.12.2020 r.:

**Tabela nr 1 WYSZCZEGÓLNIENIE BADAŃ/USŁUG:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi /badania** | **Przewidywana ilość w okresie umowy** | **Cena jednostko-wa brutto za badanie/ usługę** | **Wartość brutto ( kol. 3x4)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Orzeczenie lekarskie  | **665** |  |  |
| 2 | Morfologia | **540** |  |  |
| 3 | Mocz | **540** |  |  |
| 4 | OB | **540** |  |  |
| 5 | Glukoza | **172** |  |  |
| 6 | Cholesterol | **8** |  |  |
| 7 | Badanie RTG- klatki piersiowej | **209** |  |  |
| 8 | Badanie RTG- rąk | **9** |  |  |
| 9 | Badanie RTG- stawów łokciowych | **9** |  |  |
| 10 | Badanie specjalistyczne – okulista | **165** |  |  |
| 11 | Badanie specjalistyczne – laryngolog | **129** |  |  |
| 12 | Badanie specjalistyczne - neurolog | **95** |  |  |
| 13 | Książeczka zdrowia  | **150** |  |  |
| 14 | Wymazy | **47** |  |  |
| 15 | Test sprawnościowy | **9** |  |  |
| 16 | Badanie psychologiczne | **47** |  |  |
| 17 | Próba oziębienia  | **9** |  |  |
| 18 | Palestezjometria | **9** |  |  |
| 19 | EKG | **18** |  |  |
| 20 | Badanie lekarskie kierowcy | **25** |  |  |
| 21 | Badanie psychologiczne w zakresie psychologii transportu | **25** |  |  |
| 22 | Bilirubina | **8** |  |  |
| 23 | Alat | **8** |  |  |
| 24 | Aspat | **8** |  |  |
| 25 | Anty Hbs | **8** |  |  |
| 26 | Anty HCV | **8** |  |  |
| 27 | Badanie psychologiczne kierujących pojazdem w ramach obowiązków służbowych ( zjawisko olśnienia, widzenie zmierzchowe ) | **1** |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ OFERTY BRUTTO** |  |

Słownie ogółem brutto ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

***W kolumnie 4 proszę podać ceny jednostkowe brutto za poszczególne rodzaje badań, wymienione w kolumnie2.***

***W kolumnie 5 należy podać wartość brutto wynikającą z pomnożenia każdej ceny jednostkowej brutto z kolumny 4 przez ilość wskazaną w kolumnie 3.***

**Tabela nr 2 Cennik usług medycznych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi /badania** | **Koszt ( cena jednostkowa brutto)** |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Orzeczenie lekarskie  |  |
| 2 | Morfologia |  |
| 3 | Mocz |  |
| 4 | OB |  |
| 5 | Glukoza |  |
| 6 | Cholesterol |  |
| 7 | Badanie RTG- klatki piersiowej |  |
| 8 | Badanie RTG- rąk |  |
| 9 | Badanie RTG- stawów łokciowych |  |
| 10 | Badanie specjalistyczne – okulista |  |
| 11 | Badanie specjalistyczne – laryngolog |  |
| 12 | Badanie specjalistyczne - neurolog |  |
| 13 | Książeczka zdrowia  |  |
| 14 | Wymazy |  |
| 15 | Test sprawnościowy |  |
| 16 | Badanie psychologiczne |  |
| 17 | Próba oziębienia  |  |
| 18 | Palestezjometria |  |
| 19 | EKG |  |
| 20 | Badanie lekarskie kierowcy |  |
| 21 | Badanie psychologiczne w zakresie psychologii transportu |  |
| 22 | Bilirubina |  |
| 23 | Alat |  |
| 24 | Aspat |  |
| 25 | Anty Hbs |  |
| 26 | Anty HCV |  |
| 27 | Badanie psychologiczne kierujących pojazdem w ramach obowiązków służbowych ( zjawisko olśnienia, widzenie zmierzchowe ) |  |

***W kolumnie 3 proszę podać ceny jednostkowe brutto za poszczególne rodzaje badań, wymienione w kolumnie2.***

Cena ofertowa musi uwzględniać wszystkie koszty niezbędne do realizacji zamówienia w okresie umowy.

Cena ofertowa będzie traktowana jako ostateczna cena umowna i nie będzie podlegała żadnym negocjacjom.

Wszystkie ceny określone przez Wykonawcę zostaną ustalone na okres ważności umowy i nie będą podlegały żadnym zmianom.

**Tabela nr 3 Liczba członków zespołu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Uprawnienia członków zespołu, którzy będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia**  | **Liczba osób/członków zespołu** |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Członkowie zespołu, którzy będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia oraz spełniają łącznie następujące warunki:1. wykonują zadania służby medycyny pracy o których mowa w ustawie z dnia 27 czerwca 1997r. ( tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz. 1175 ze zm.) oraz
2. spełniają warunki określone w Rozporządzeniu MZiOS z 30 maja 1996r.w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy ( Dz. U. z 2016 r. poz. 2067 z późn.zm.), oraz
3. posiadają uprawnienia do przeprowadzania badań lekarskich w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, o których mowa w ustawie z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami ( tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 1268 z późn. zm. ).
 | ……………………… |

***W kolumnie 3 proszę wpisać cyfrę odpowiadającą liczbie osób- członków zespołu opisanych w kolumnie 2***

**Ponadto oświadczamy, że:**

1. Usługi badań będą świadczone na terenie miasta Tarnobrzega, w następującej lokalizacji ………………………………………………………za wyjątkiem badań świadczonych przez Podwykonawców, wyszczególnionych w załączniku nr 4.
2. Zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego wraz z załącznikami i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Zobowiązujemy się do wykonania pełnego rzeczowego zakresu zamówienia na warunkach i zgodnie z wymogami Zamawiającego określonymi w Zapytaniu ofertowym.
4. Zamówienie zamierzamy zrealizować z udziałem/ bez udziału\* Podwykonawców.
5. Część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć Podwykonawcom, wyszczególniono w Załączniku nr 4.
6. Załącznik Nr 5 – istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonym w Zapytaniu ofertowym.
7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30** dni od daty upłynięcia terminu składania ofert na zasadach określonych w Zapytaniu ofertowym.
8. Akceptujemy **14** - dniowy termin płatności (dni kalendarzowe).
9. Oferta nie zawiera/ zawiera\* informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 8 ust. 3 Ustawy p.z.p. – o nie ujawnianiu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, zawarte są w odrębnej kopercie z opisem „Zastrzeżona część oferty”.
10. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam/ oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 k.k.).

**\* *niepotrzebne skreślić***

***Załączniki:***

* 1. **Zaświadczenie o posiadaniu wpisu do rejestru jednostek podstawowych służby medycyny pracy** w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy zgodnie z wymogami ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity – Dz. U. z 2019 r., poz. 1175 ze zm.),
	2. **Oświadczenie,** że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień ( według załącznika nr 2 ).
	3. **Oświadczenie o lokalizacji** posiadanego własnego obiektu przeznaczonego do realizacji zamówienia – wyłącznie w Tarnobrzegu, a w przypadku lokalu wynajmowanego lub dzierżawionego, także ważną - przynajmniej na czas realizacji zamówienia – umowę najmu lub dzierżawy gwarantującego pełen zakres usług medycznych, będących przedmiotem niniejszego zamówienia. Pomieszczenia muszą odpowiadać wymaganiom określonym w Rozporządzeniu Min. Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2019 r. poz. 595 z późn. zm) - ( według załącznika nr 3 ).
	4. **Wykaz podwykonawców** ( według Załącznika nr 4 )
	5. …………………………………………………………………………………
	6. …………………………………………………………………………………..

…………………………… dnia ……………..2020 r.

*………………………………………………………*

*Podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej.*