……………………………………………………….

pieczęć adresowa Wykonawcy

REGON ………………..……………

NIP ………………………………

TELEFON ……………………………

OFERTA

**Znak sprawy: R/128/2020\_Olsztyn**

Nawiązując do zapytania ofertowego na badania lekarskie z zakresu medycyny pracy dla Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie oferuje wykonanie przedmiotu zamówienia według poniższych cen:

**Badania podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
| **1.** | Badanie przez lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań profilaktycznych + wydanie orzeczenia |  |
| **2.** | Badania okulistyczne + wystawienie recepty na okulary ze wskazaniem rodzaju szkieł (jednoogniskowe lub wieloogniskowe) oraz mocy soczewek (sfera, cylinder, oś) + stosowna adnotacja w przypadku konieczności zmiany korekcji dotychczas używanych przez pracownika szkieł |  |
| **3.** | Badanie ogólne moczu |  |
| **4.** | Morfologia krwi, OB. i cholesterol całkowity |  |
| **5.** | Badanie profilaktyczne kierowcy kat. B |  |
|  | **Razem** |  |

**Badania dodatkowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
| **1.** | Pozostałe badania specjalistyczne (np. otolaryngologiczne, neurologiczne, dermatologiczne oraz inne zlecone według wskazań) |  |
| **2.** | Badanie EKG |  |
| **3.** | RTG klatki piersiowej |  |
|  | **Razem** |  |

**Uwaga!**

*Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej. Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.*

**Warunki wykonania zamówienia**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z:

- ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2019.1175 ze zm.)

- rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U.2016.2067)

1. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań z zakresu medycyny pracy.
2. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
3. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w

…………………………………………………………………………………………

ul. ………………………………………………………………………………….......

w dni robocze ……………………………….w godzinach od…………….do………..

1. Do oferty dołączamy cennik pozostałych badań nieujętych w formularzu ofertowym, który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy.

…………………, dn. ……………………………. r.

…………………………………..……………….

podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy