***Załącznik nr 1***

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

(pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa: ………………………………………………………………………….…………….

Adres Wykonawcy:

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

Telefon: Fax: ......................

E-mail: Nr rachunku

Osobą upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z wpisem do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej / wpisem do krajowego rejestru sądowego jest: …………………………………………………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia …...... stycznia 2024 r. na:

**„ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W ZAKRESIE BADAŃ OKRESOWYCH DLA PRACOWNIKÓW KOMENDY POWIATOWEJ PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ W LIMANOWEJ”**

1. Warunki zamówienia przyjmuję i proponuję następujące ceny:

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ 1 - KONSULTACJA LEKARZA MEDYCYNY PRACY** |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **konsultacja lekarza ds.****medycyny pracy** | **65** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 1:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |
| **CZĘŚĆ 2 - BADANIA LABORATORYJNE** |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **morfologia z rozmazem + płytki** | **60** |  |  |
| 2. | **morfologia + płytki** | **5** |  |  |
| 3. | **poziom glukozy** | **65** |  |  |
| 4. | **kreatynina** | **60** |  |  |
| 5. | **cholesterol** | **62** |  |  |
| 6. | **ALAT** | **60** |  |  |
| 7. | **trójglicerydy** | **62** |  |  |
| 8. | **bilirubina** | **60** |  |  |
| 9. | **badanie ogólne moczu** | **65** |  |  |
| 10. | **lipidogram** | **1** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 2:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |
| **CZĘŚĆ 3 - OKULISTA** |
|  |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **konsultacja okulistyczna** | **58** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 3:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |
| **CZĘŚĆ 4 - LARYNGOLOG** |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **konsultacja laryngologiczna** | **58** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 4:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |
| **CZĘŚĆ 5 - NEUROLOG** |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **konsultacja neurologiczna** | **58** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 5:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |
| **CZĘŚĆ 6 - EKG SPOCZYNKOWE** |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **EKG spoczynkowe**  | **57** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 6:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |
| **CZĘŚĆ 7 - EKG WYSIŁKOWE** |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **EKG wysiłkowe z opisem** | **29** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 7:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |
| **CZĘŚĆ 8 – RTG klatki piersiowej** |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Ilość badań** | **Cena jednostkowa brutto w zł/badanie** | **Wartość brutto****(kolumna 3x kolumna 4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. | **RTG klatki piersiowej** | **60** |  |  |
| **Razem brutto za cześć 8:** |  |
| Słownie ……………………………………………………………………………………złotych ……/100 |

2. **Świadczenia sług medycznych wykonywane będą w przychodni (należy podać** **adres przychodni oraz zakres usług w nich wykonywanych):**

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

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

1. **Wyniki badań** będą dostępne w terminie ………… dni od wykonania badań. (**dotyczy części 2)**
2. **Konsultacje lekarskie, badania specjalistyczne,** będą przeprowadzane w terminie do ……… dni od daty zgłoszenia się pracownika Zamawiającego do rejestracji Przychodni Wykonawcy i okazaniu zlecenia wykonania odpowiednich konsultacji. **(dotyczy części 1,3,4,5,6,7,8)**
3. **Godziny (dni) wykonywania konsultacji lekarskich**: …………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………….………………**(dotycz części 1,3,4,5,6,7,8)**
4. Zapewniamy, że miejsce wykonywania przedmiotu zamówienia będzie zlokalizowane na terenie miasta Limanowa.
5. Termin wykonania umowy: od dnia podpisania umowy do **31 grudnia 2024 r.**
6. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przed okres 30 dni licząc
 od daty wyznaczonej na składanie ofert.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy w niniejszym zapytaniu ofertowym, akceptujemy go i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w tam zawarte.
9. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Komendanta Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Limanowej z siedzibą ul. Matki Boskiej Bolesnej 43, 34-600 Limanowa - Administratora danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).
10. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO /Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)/ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym zapytaniu ofertowym. Uwaga: W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (np. przez jego wykreślenie).
11. Oświadczamy że w cenie naszej oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania przedmiotowego zamówienia.

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

 miejscowość i data ..................................................................................

 /Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do podpisywania oferty/