Załącznik do Formularza Ofertowego

O/SZ.Z-14.2431.5.2023

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad Odział w Szczecinie,**

**Rejon w Stargardzie, ul. Bydgoska 13/15, 73-110 Stargard**

**Dotyczy zamówienia na:**

***Profilaktyczna opieka zdrowotna w zakresie medycyny pracy, polegająca na wykonywaniu badań wstępnych, kontrolnych i okresowych, dla pracowników i osób przyjmowanych do pracy w GDDKiA O/Szczecin Rejon Stargard oraz wykonanie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych dla zatrudnionych pracowników.***

**Wykonawca:**

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

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

(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy)

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

(NIP, REGON).

**oferuje przedmiot zamówienia o nazwie:**

*„Profilaktyczna opieka zdrowotna w zakresie medycyny pracy, polegająca na wykonywaniu badań wstępnych, kontrolnych i okresowych, dla pracowników i osób przyjmowanych do pracy w GDDKiA O/Szczecin Rejon* ***Stargard*** *oraz wykonanie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych dla zatrudnionych pracowników.”*

**Za jednostkową cenę brutto: (zgodnie z załącznikiem nr 2 do oferty)**

**za całkowitą cenę:** netto ………………………..………..…….., podatek Vat …………………….………%,   
co łącznie stanowi cenę oferty brutto: .…………………………………………………………………………………

(słownie zł: ………………………………………………………………………………………………………………… brutto)

**Dodatkowe informacje:**

Termin realizacji zamówienia **36** miesięcy od dnia podpisania umowy lub do wykorzystania wartości zamówienia.

**Dane kontaktowe Wykonawcy:**

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

(imię i nazwisko osoby prowadzącej spraw, nr telefonu, nr faksu, adres e-mail)

………………………………….

podpis Wykonawcy/Pełnomocnika

**Dotyczy zamówienia na:**

***Profilaktyczna opieka zdrowotna w zakresie medycyny pracy, polegająca na wykonywaniu badań wstępnych, kontrolnych i okresowych, dla pracowników i osób przyjmowanych do pracy w GDDKiA O/Szczecin Rejon Stargard oraz wykonanie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych dla zatrudnionych pracowników.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania - konsultacji** | **Cena jednostkowa** |
| 1. | Konsultacja lekarza medycyny pracy z wydaniem orzeczenia |  |
| 2. | Badania laboratoryjne (obowiązkowe): | |
| 2.1 | Badanie ogólne moczu |  |
| 2.2 | Morfologia z rozmazem |  |
| 2.3 | OB |  |
| 2.4 | Glukoza w surowicy |  |
| 3. | **Konsultacje specjalistyczne – (w przypadku zaistniałych wskazań):** | |
| 3.1 | Konsultacja okulistyczna wraz z badaniem wzroku i określeniem ewentualnej wady, wraz z wydaniem zaświadczenia dla zakładu pracy |  |
| 3.2 | Konsultacja neurologiczna |  |
| 3.3 | Konsultacja laryngologiczna |  |
| 3.4 | Badanie spirometryczne |  |
| 3.5 | Badanie audiometryczne |  |
| 3.6 | Badanie RTG |  |
| 3.7 | Badanie EKG |  |
| 3.8 | Badanie psychotechniczne kierowcy pojazdu do 3,5 tony (z wydaniem orzeczenia) |  |
| 3.9 | Badanie psychotechniczne kierowcy pojazdu powyżej 3,5 tony (z wydaniem orzeczenia) |  |
| 4. | Konsultacja z lekarzem medycyny pracy przed szczepieniem |  |
| 4.1 | Pełne (pierwotne) szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (3 dawki) |  |
| 4.2 | Szczepienie przypominające przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (1 dawka) |  |
|  | **Wartość:** |  |

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszego postępowania i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że:

- posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,

- znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

- nie podlegamy wykluczeniu z postępowania z powodu otwarciu w stosunku do nas likwidacji lub ogłoszenia upadłości,

- gwarantujemy niezmienność ceny usługi w okresie trwania umowy.

…………………………………….

(data i podpis)