

Kraków, dniar.

FORMULARZ OFERTOWY

nazwa Wykonawcy:
 siedziba Wykonawcy:
 nr telefonu:
 adres e-mail:
 NIP:
 REGON:

nawiązując do zapytania ofertowego na „**świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Małopolskiego Oddziału Regionalnego ARiMR**” nr postępowania: **BZZL06.2305.1.2026.MK** oferujemy wykonanie ww. przedmiotu zamówienia wg poniższych warunków:

1. Wartość przedmiotu zamówienia **brutto** za wykonanie usługi wynosi **zł** słownie:/100) (należy wpisać wartość zamówienia z wartości brutto sumy kolumny 5 z poniższej tabeli)
2. Oferujemy realizację zamówienia za ceny określone w poniższej tabeli:

Lp.	Zakres badania	Przewidywana liczba osób do badań w okresie 01.07.2026-30.06.2027	Cena jednostkowa brutto za badanie	Wartość brutto (kol. 3 x kol. 4)=5
1	2	3	4	5
1.	badania wstępne wraz z wydaniem orzeczenia (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwi+ badanie ogólne moczu+orzecznik+ okulista)	20		
2.	badania wstępne wraz z wydaniem orzeczenia (stanowiska kierownicze) (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwi + badanie ogólne moczu+orzecznik+ okulista+ekg+ cholesterol)	5		
3.	badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwi + badanie ogólne moczu+ okulista + orzecznik)	140		
4.	badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia (praca adm.-biurowa wykonujący kontrole terenowe, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwi + badanie ogólne moczu+ czynniki biologiczne, chemiczne i pyły + okulista + orzecznik)	20		
5.	badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia (stanowisko kierownicze) (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwi + badanie ogólne moczu+ ekg+ cholesterol + okulista+ orzecznik)	20		

6.	badania kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia (orzecznik)	15		
7.	badania kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia (stanowisko kierownicze) (orzecznik)	5		
8.	badania okulistyczne (tylko z orzecznikiem) w związku z pogorszeniem wzroku.	20		
9.	szczepienia ochronne dla pracowników p. tężcowe (cena zawiera: kwalifikacje do szczepienia, usługę szczepienia i cenę szczepionki)	15		
10.	szczepienia ochronne dla pracowników p. kleszczowemu zapaleniu mózgu (cena zawiera: kwalifikacje do szczepienia, usługę szczepienia i cenę szczepionki)	15		
11.	szczepienia ochronne dla pracowników p. wścieklicznie (cena zawiera: kwalifikacje do szczepienia, usługę szczepienia i cenę szczepionki)	15		
12.	psychotesty wraz z wydaniem orzeczenia (orzecznik, okulista, glukoza, psychotesty)	10		
13.	badania do celów sanitarno-epidemiologicznych związanych z wydaniem zaświadczenia lub uaktualnieniem książeczek sanitarno-epidemiologicznych (orzecznik)	10		
14.	badania do celów sanitarno – epidemiologicznych związanych z badaniem (orzecznik + badania)	10		
15.	Udział lekarza w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy, wypadku zrównanym z wypadkiem przy pracy w drodze do/z pracy (cena za opinię w sprawie jednego wypadku)	3		
16.	Uczestnictwo w komisji BHP (cena za 1 posiedzenie)	4		
17.	Badanie zjawiska olśnienia i widzenia zmierzchowego	20		
18.	Badania w zakresie boreliozy	4		
19.	EKG	20		
20.	Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)	20		
21.	Suma:			

Oświadczam/y, że:

1. podane ceny w ww. tabeli zawartej zawierają wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia;
2. zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i umowy oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia;
3. jesteśmy uprawnieni do wykonywania ww. usług, posiadamy wiedzę, doświadczenie, kwalifikacje w tym zakresie;
4. wyrażamy zgodę na zawarcie umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni od dnia złożenia oferty;
6. w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego tj. od 01.07.2026 r. do 30.06.2027 r.;
7. zamierzam/y powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom**:

Lp.	Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez podwykonawcę	Nazwa podwykonawcy
1.		
2.		

(brak wpisu w ww. tabeli domniema, że Wykonawca wykona zamówienie sam bez udziału podwykonawców)

8. W przypadku wybrania naszej oferty osobą uprawnioną do kontaktów będzie:

..... tel.: e-mail:@.....

Osobami, które mogą reprezentować wykonawcę i składać oświadczenia woli są:

1.
2.
3.

9. Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty są:

- 1) Dokument potwierdzający posiadanie odpowiednich uprawnień dot. prowadzenia działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego.
- 2) Wykaz zakładów opieki zdrowotnej wymaganych oraz dodatkowych (załącznik nr 5).
- 3) Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (załącznik nr 7).
- 4) Oświadczenie wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania (załącznik nr 6).

.....
*imię i nazwisko
 oraz podpis uprawnionego
 przedstawiciela Wykonawcy*