Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTY**

**na świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej   
dla pracowników Okręgowego Inspektoratu Pracy w Gdańsku oraz Oddziałów   
w Starogardzie Gdańskim, Gdyni, Wejherowie** **i Słupsku.**

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

(miejscowość i data)

Nazwa Wykonawcy: …………………………………..

Dokładny adres: ……………………………………….

REGON: …………………………………………………..

NIP: …………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktu z Zamawiającym:

………………………………

Numer telefonu/Numer faksu: ………………………………………………………………….

Adres e-mail: …………………………………………….

Oświadczamy, że

* Zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego dla niniejszego zamówienia   
  i akceptujemy wszystkie warunki w nim określone.
* Składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym   
  w zapytaniu ofertowym.
* Oświadczamy, że jesteśmy wpisani na dzień złożenia oferty do Rejestru Podmiotów Leczniczych zgodnie z art. 104 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.   
  o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. , poz. 711 ze zm.) pod numerem ……………………………

1. **Oferta** **na** **część pierwszą zamówienia - miejsce wykonywania usług medycznych - teren miasta Gdańsk.**

Informujemy, że usługi medyczne na część pierwszą zamówienia wykonywane będą   
w placówce medycznej: (nazwa i adres placówki medycznej) ………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Oferujemy realizację części pierwszej zamówienia wg. poniższego formularza cenowego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Przewidywana ilość badań w okresie 24 miesięcy | Cena jednostkowa brutto badania | Wartość brutto (kolumna 3x4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badania profilaktyczne pracowników wstępne i okresowe, w ramach których przeprowadzone zostaną profilaktyczne badania: | | | |
| a | Internistyczne | 75 |  |  |
| b | Okulistyczne | 75 |  |  |
| c | Laryngologiczne i  otolaryngologiczne z oceną błędników | 50 |  |  |
| 2 | Podstawowe badania laboratoryjne: | | | |
| a | Pobranie krwi | 75 |  |  |
| b | OB. | 75 |  |  |
| c | Morfologia | 75 |  |  |
| d | Cholesterol całkowity | 37 |  |  |
| e | Lipidogram | 38 |  |  |
| f | Poziom cukru we krwi | 75 |  |  |
| g | Badanie ogólne moczu | 75 |  |  |
| 3 | EKG z opisem + pomiar ciśnienia | 75 |  |  |
| 4 | RTG klatki piersiowej | 75 |  |  |
| 5 | Badania pracowników, którzy w ramach wykonywanej pracy kierują pojazdami silnikowymi i nie podlegają ustawie o transporcie drogowym: | | | |
| a | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia oraz badanie pola widzenia | 50 |  |  |
| b | Testy sprawności psychoruchowej. | 50 |  |  |
| 6 | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy pod kątem określenia spełnienia przez pracowników wymagań niezbędnych do pracy na wysokości | 50 |  |  |
| 7 | Wydanie orzeczenia wraz z zaświadczeniem (w dwóch egzemplarzach) | 75 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 4 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne okulistyczne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 4 |  |  |
| RAZEM (łączna cena brutto oferty) | | | |  |

1. **Oferta na** **część drugą zamówienia - miejsce wykonywania usług medycznych - teren miasta Starogard Gdański.**

Informujemy, że usługi medyczne na część drugą zamówienia wykonywane będą w placówce medycznej: (nazwa i adres placówki medycznej) ………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Oferujemy realizację części drugiej zamówienia wg. poniższego formularza cenowego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Przewidywana ilość badań w okresie 24 miesięcy | Cena jednostkowa brutto badania | Wartość brutto (kolumna 3x4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badania profilaktyczne pracowników wstępne i okresowe, w ramach których przeprowadzone zostaną profilaktyczne badania: | | | |
| a | Internistyczne | 26 |  |  |
| b | Okulistyczne | 26 |  |  |
| c | Laryngologiczne i  otolaryngologiczne z oceną błędników | 23 |  |  |
| 2 | Podstawowe badania laboratoryjne: | | | |
| a | Pobranie krwi | 26 |  |  |
| b | OB. | 26 |  |  |
| c | Morfologia | 26 |  |  |
| d | Cholesterol całkowity | 13 |  |  |
| e | Lipidogram | 13 |  |  |
| f | Poziom cukru we krwi | 26 |  |  |
| g | Badanie ogólne moczu | 26 |  |  |
| 3 | EKG z opisem + pomiar ciśnienia | 26 |  |  |
| 4 | RTG klatki piersiowej | 26 |  |  |
| 5 | Badania pracowników, którzy w ramach wykonywanej pracy kierują pojazdami silnikowymi i nie podlegają ustawie o transporcie drogowym: | | | |
| a | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia oraz badanie pola widzenia | 26 |  |  |
| b | Testy sprawności psychoruchowej. | 26 |  |  |
| 6 | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy pod kątem określenia spełnienia przez pracowników wymagań niezbędnych do pracy na wysokości | 23 |  |  |
| 7 | Wydanie orzeczenia wraz z zaświadczeniem (w dwóch egzemplarzach) | 26 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne okulistyczne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| RAZEM (łączna cena brutto oferty) | | | |  |

1. **Oferta na** **część trzecią zamówienia - miejsce wykonywania usług medycznych - teren miasta Gdynia.**

Informujemy, że usługi medyczne na część trzecią zamówienia wykonywane będą w placówce medycznej: (nazwa i adres placówki medycznej) ………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Oferujemy realizację części trzeciej zamówienia wg. poniższego formularza cenowego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Przewidywana ilość badań w okresie 24 miesięcy | Cena jednostkowa brutto badania | Wartość brutto (kolumna 3x4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badania profilaktyczne pracowników wstępne i okresowe, w ramach których przeprowadzone zostaną profilaktyczne badania: | | | |
| a | Internistyczne | 25 |  |  |
| b | Okulistyczne | 25 |  |  |
| c | Laryngologiczne i  otolaryngologiczne z oceną błędników | 23 |  |  |
| 2 | Podstawowe badania laboratoryjne: | | | |
| a | Pobranie krwi | 25 |  |  |
| b | OB. | 25 |  |  |
| c | Morfologia | 25 |  |  |
| d | Cholesterol całkowity | 12 |  |  |
| e | Lipidogram | 13 |  |  |
| f | Poziom cukru we krwi | 25 |  |  |
| g | Badanie ogólne moczu | 25 |  |  |
| 3 | EKG z opisem + pomiar ciśnienia | 25 |  |  |
| 4 | RTG klatki piersiowej | 25 |  |  |
| 5 | Badania pracowników, którzy w ramach wykonywanej pracy kierują pojazdami silnikowymi i nie podlegają ustawie o transporcie drogowym: | | | |
| a | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia oraz badanie pola widzenia | 23 |  |  |
| b | Testy sprawności psychoruchowej. | 23 |  |  |
| 6 | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy pod kątem określenia spełnienia przez pracowników wymagań niezbędnych do pracy na wysokości | 21 |  |  |
| 7 | Wydanie orzeczenia wraz z zaświadczeniem (w dwóch egzemplarzach) | 25 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne okulistyczne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| RAZEM (łączna cena brutto oferty) | | | |  |

1. **Oferta na** **część czwartą zamówienia - miejsce wykonywania usług medycznych - teren miasta Wejherowo.**

Informujemy, że usługi medyczne na część czwartą zamówienia wykonywane będą   
w placówce medycznej: (nazwa i adres placówki medycznej) ………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Oferujemy realizację części czwartej zamówienia wg. poniższego formularza cenowego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Przewidywana ilość badań w okresie 24 miesięcy | Cena jednostkowa brutto badania | Wartość brutto (kolumna 3x4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badania profilaktyczne pracowników wstępne i okresowe, w ramach których przeprowadzone zostaną profilaktyczne badania: | | | |
| a | Internistyczne | 18 |  |  |
| b | Okulistyczne | 18 |  |  |
| c | Laryngologiczne i  otolaryngologiczne z oceną błędników | 16 |  |  |
| 2 | Podstawowe badania laboratoryjne: | | | |
| a | Pobranie krwi | 18 |  |  |
| b | OB. | 18 |  |  |
| c | Morfologia | 18 |  |  |
| d | Cholesterol całkowity | 9 |  |  |
| e | Lipidogram | 9 |  |  |
| f | Poziom cukru we krwi | 18 |  |  |
| g | Badanie ogólne moczu | 18 |  |  |
| 3 | EKG z opisem + pomiar ciśnienia | 18 |  |  |
| 4 | RTG klatki piersiowej | 18 |  |  |
| 5 | Badania pracowników, którzy w ramach wykonywanej pracy kierują pojazdami silnikowymi i nie podlegają ustawie o transporcie drogowym: | | | |
| a | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia oraz badanie pola widzenia | 16 |  |  |
| b | Testy sprawności psychoruchowej. | 16 |  |  |
| 6 | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy pod kątem określenia spełnienia przez pracowników wymagań niezbędnych do pracy na wysokości | 15 |  |  |
| 7 | Wydanie orzeczenia wraz z zaświadczeniem (w dwóch egzemplarzach) | 18 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne okulistyczne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| RAZEM (łączna cena brutto oferty) | | | |  |

1. **Oferta na** **część piątą zamówienia - miejsce wykonywania usług medycznych - teren miasta Słupsk.**

Informujemy, że usługi medyczne na część piątą zamówienia wykonywane będą   
w placówce medycznej: (nazwa i adres placówki medycznej) ………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Oferujemy realizację części piątej zamówienia wg. poniższego formularza cenowego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Przewidywana ilość badań w okresie 24 miesięcy | Cena jednostkowa brutto badania | Wartość brutto (kolumna 3x4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badania profilaktyczne pracowników wstępne i okresowe, w ramach których przeprowadzone zostaną profilaktyczne badania: | | | |
| a | Internistyczne | 27 |  |  |
| b | Okulistyczne | 27 |  |  |
| c | Laryngologiczne i  otolaryngologiczne z oceną błędników | 24 |  |  |
| 2 | Podstawowe badania laboratoryjne: | | | |
| a | Pobranie krwi | 27 |  |  |
| b | OB. | 27 |  |  |
| c | Morfologia | 27 |  |  |
| d | Cholesterol całkowity | 13 |  |  |
| e | Lipidogram | 14 |  |  |
| f | Poziom cukru we krwi | 27 |  |  |
| g | Badanie ogólne moczu | 27 |  |  |
| 3 | EKG z opisem + pomiar ciśnienia | 27 |  |  |
| 4 | RTG klatki piersiowej | 27 |  |  |
| 5 | Badania pracowników, którzy w ramach wykonywanej pracy kierują pojazdami silnikowymi i nie podlegają ustawie o transporcie drogowym: | | | |
| a | Badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia oraz badanie pola widzenia | 24 |  |  |
| b | Testy sprawności psychoruchowej. | 24 |  |  |
| 6 | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy pod kątem określenia spełnienia przez pracowników wymagań niezbędnych do pracy na wysokości | 22 |  |  |
| 7 | Wydanie orzeczenia wraz z zaświadczeniem (w dwóch egzemplarzach) | 27 |  |  |
| 8 | Badania kontrolne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| 9 | Badania kontrolne okulistyczne wraz z orzeczeniem i zaświadczeniem - w dwóch egzemplarzach | 2 |  |  |
| RAZEM (łączna cena brutto oferty) | | | |  |

**UWAGA:** Podaną w tabelach ilość badań należy przyjąć jako szacunkową służącą do wyliczenia wartości oferty i porównania ofert. Rzeczywista ilość badań w okresie realizacji zamówienia może się różnić od szacunkowej Zamawiającemu przysługuje prawo do wykorzystania w ramach wartości umowy innych ilości badań niż podane w niniejszych formularzach cenowych. W przypadku wystąpienia konieczności wykonania dodatkowych badań i konsultacji poza zakresem objętym w formularzu cenowym, usługa medyczna zostanie wyceniona według aktualnie obowiązującego cennika Wykonawcy.

* Oświadczamy, że w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą, umowę będzie podpisywał Pan/Pani ………………………………………… – stanowisko ………………………..………………………..…………………………….. – zgodnie  
  z KRS/CEIDG/na podstawie pełnomocnictwa (niepotrzebne skreślić).
* Oświadczamy, że akceptujemy wzór umowy (załącznik nr 2 do zapytania ofertowego).
* Oświadczamy, że zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:
* samodzielnie\*
* przy pomocy podwykonawców\*

*\* uzupełnić, jeśli dotyczy*

**W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom, Wykonawca wypełnia poniższą tabelę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p** | **Wskazanie części zamówienia, które zamierzamy zlecić podwykonawcy** | **Nazwa i adres podwykonawcy** |
| 1 |  |  |
| Numer w Rejestrze Podmiotów Leczniczych zgodnie z art. 104 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. , poz. 711 ze zm.) ………………………………………….. | |
| 2 |  |  |
| Numer w Rejestrze Podmiotów Leczniczych zgodnie z art. 104 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. , poz. 711 ze zm.) ………………………………………….. | |

* Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Klauzulą informacyjną dotycząca ochrony danych osobowych stanowiącą załącznik numer 3 do zapytania ofertowego.
* Do oferty dołączamy wypełniony i podpisany załącznik nr 4 – OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA.

**Załączniki:**

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

………………………………………

…………….

…………………………………………….

(data i podpis osoby/osób upoważnionych

wraz z jej/ich pieczątkami)