

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa (Firma) Wykonawcy –,
 Adres siedziby –,
 Adres do korespondencji –,
 Osoba do kontaktu Tel.
 Tel. -; fax -; E-mail:;
 NIP -; REGON -, RPWDL

**Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
 Oddział Regionalny w Poznaniu
 ul. Św. Marcin 46/50
 61-959 Poznań**

I. Oferta na: Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne przeprowadzane w Poznaniu

- a) Łączne wynagrodzenie w kwocie zł
 (słownie:)

Ceny jednostkowe podano w Cenniku, który stanowi załącznik A do Formularza ofertowego.

- b) Termin badań ⁽¹⁾ -dni

¹ Termin badań – zgodnie z § 2 ust. 3 e) umowy Zamawiający wymaga aby Wykonawca zobowiązał się do przeprowadzenia w następujących terminach badań profilaktycznych (wstępne, okresowe, okulistyczne poza terminami badań, psychotechniczne) od dnia rejestracji osoby skierowanej na badanie – badanie osoby skierowanej następuje najpóźniej w 2 (drugim) dniu roboczym od dnia rejestracji osoby skierowanej na badanie - za każdy zaoferowany przez Wykonawcę krótszy termin, zostaną przyznane punkty – Jeżeli Wykonawca oferuje krótszy termin przeprowadzenia badania od dnia rejestracji wpisuje odpowiednio w formularzu ofertowym:
 - „0 dni” oznacza to, że badania zostaną przeprowadzone w dniu osobistego zgłoszenia się osoby skierowanej na badania do placówki medycznej Wykonawcy, bez konieczności wcześniejszej rejestracji
 - „1 dzień” lub „2 dni” oznacza to, że badanie osoby skierowanej następuje najpóźniej w 1 (pierwszym) lub 2 (drugim) dniu roboczym od dnia rejestracji osoby skierowanej na badania (np. rejestracja w dniu 6 listopada 2017r. to termin badania przypadnie odpowiednio 7 listopada 2017r. lub 8 listopada 2017r.)

II. Oświadczamy, że:

- podana przez nas cena zawiera w sobie wszystkie elementy kosztów kalkulacyjnych. Zamawiający nie będzie ponosił żadnych innych opłat z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia.
- oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami i warunkami opisanymi w ogłoszeniu o zamówieniu oraz umowie
- uzyskaliśmy od Zamawiającego wszystkie informacje niezbędne do wykonania zamówienia.
- zapoznaliśmy się z warunkami umowy i w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. W przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w brzmieniu określonym w załączniku do ogłoszenia o zamówieniu .
- W przypadku wyboru naszej oferty zrealizujemy zamówienie w okresie określonym w ogłoszeniu o zamówieniu .
- Realizacja zamówienia:
 - nie zostanie powierzona podwykonawcom *
 - zostanie powierzona podwykonawcom *
 Określić część zamówienia (zadań), które zostaną powierzone podwykonawcy (o ile dotyczy) tj. :

Opis części zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone podwykonawcy	Nazwa i adres firmy podwykonawcy (NIP/PESEL, KRS/CEiDG, RPWDL)

7. W przypadku wyboru naszej oferty umowę w imieniu Wykonawcy podpisze/a/ :
..... stanowisko
..... stanowisko
8. W przypadku otrzymania zamówienia koordynatorem do stałych kontaktów i uzgodnień dotyczących wykonanej usługi zostanie
Pan/Pani
tel. kontaktowymail
9. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.
10. Oferta została złożona na stronach.
11. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
- 1/
 - 2/
 - 3/
 - 4/
 - 5/

.....
(podpisy i pieczęcie osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania
wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)

* niepotrzebne skreślić

**Formularz cenowy –
Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne przeprowadzane w Poznaniu**

Lp.	Nazwa badania	jm.	Ilość	Cena jednostkowa (PLN)	Wartość PLN (VAT –zw.) [kol. 4x kol.5]
1	2	3	4	5	6
1	Badania okresowe, wstępne i kontrolne - lekarz medycyny pracy – kierowanie pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, wystawianie orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy	szt.	230		
2	Badania laboratoryjne				
	a) morfologia	szt.	230		
	b) odczyn Biernackiego OB	szt.	230		
	c) badanie ogólne moczu	szt.	230		
	d) glukoza	szt.	40		
	e) cholesterolu całkowity	szt.	40		
3	Badania rentgenowskie – RTG klatki piersiowej z opisem	szt.	40		
4	Badanie diagnostyczne - EKG z opisem	szt.	40		
5	Bananie specjalistyczne - okulistyczne	szt.	230		
6	Bananie specjalistyczne - neurologiczne	szt.	40		
7	Testy psychologiczne dla kierowców – kat. B	szt.	40		
8	Badanie okulistyczne zgodnie z § 4 ust.4 pkt 5 Dz.U. z 2004 nr 2, poz.15 ze zm. (dla kierowców – kat. B)	szt.	40		
9	Udział lekarza medycyny pracy w posiedzeniu komisji BHP 1 raz w kwartale	Kw.	9		
10	Badania inne - badania lekarskie w przypadku stwierdzenia ich konieczności przez lekarza medycyny pracy po przeprowadzeniu wywiadu i ogólnych badań lekarskich	szt.	Według potrzeb	x	2.000,00
Razem (PLN) poz. 1-10					

.....
(podpisy i pieczęcie osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)