**FORMULARZ OFERTY dla części 1**

**na** **świadczenie usług z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne – wstępne, okresowe i kontrolne dla pracowników zatrudnionych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Oddział Regionalny w Krakowie oraz Placówkach Terenowych w: Wadowicach, Wolbromiu, Proszowicach, Miechowie, Myślenicach, Suchej Beskidzkiej, Oświęcimiu.**

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

………………………………………………………………………..

NIP: .....................................................................................................

REGON: ..............................................................................................

Osoba do kontaktów………………………………………………….

 Tel ……………………….. e-mail…………………………………

1. Kalkulacja cenowa Wykonawcy :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rodzaj badania | CenaJednostkowabrutto | Przewidywana ilość pracowników | Wartość pozycji brutto(kol. 3 x kol. 4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Konsultacja lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy. |  | 66 |  |
| 2. | Konsultacja lekarza medycyny pracy wraz z przedłużeniem książeczki/wydaniem orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |  | 5 |  |
| 3. | Badanie okulistyczne w ramach medycyny pracy |  | 66 |  |
| 4. | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy |  | 20 |  |
| 5. | Badanie psychotechniczne dla osób kierujących samochodami służbowymi(niezatrudnionych na stanowisku kierowcy) |  | 20 |  |
| 6. | Morfologia krwi |  | 66 |  |
| 7. | OB |  | 66 |  |
| 8. | Mocz |  | 66 |  |
| 9 | Cholesterol  |  | 13 |  |
| 10. | Glukoza |  | 20 |  |
| 11. | EKG |  | 8 |  |
|  | Razem : |  |  |  |

1. Wykonawca zapewni bezpłatnie udział lekarza medycyny pracy 1 raz na kwartał w okresie obowiązywania umowy.
2. Oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia dla części 1 za cenę netto/brutto :

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

1. Podana w tabeli liczba pracowników jest wartością szacunkową i pełni funkcję pomocniczą w przygotowaniu i wyborze oferty.
2. Termin realizacji zamówienia od 3.01.2018 r. do 31.12.2018 r.
3. Oświadczam, iż zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że nasza sytuacja finansowa i ekonomiczna pozwala na realizację niniejszego zamówienia.
5. Oświadczam, iż przedmiot zamówienia będzie realizowany zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r., o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184 z późn. zm.).
6. Akceptujemy wzór umowy i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia pisemnej umowy na powyższych warunkach.
7. Miejsce wykonywania przedmiotu zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….

(podać adres placówki medycznej w Krakowie)

*Miejscowość ............................, dnia ..................*

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*