Załącznik Nr 1

do Ogłoszenia o zamówieniu

Nr 1300-OP.261.2.63.2.2.2018

**FORMULARZ OFERTY**

na usługi w zakresie sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej

dla pracowników Placówki Terenowej KRUS w Przeworsku

Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

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

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

Adres e-mail: …………………………………………………….……

Fax: ……………………………………………………………..….….

1. Kalkulacja cenowa Wykonawcy za realizację całości przedmiotu zamówienia :
2. oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu oraz wzorze umowy, za sumę cen netto ………… zł, a wraz z należnym podatkiem VAT w wysokości …………% , za sumę cen brutto: ..………….. zł za komplet badań.

słownie brutto: ……………………………………………………………………………………..

1. przedmiot zamówienia (jest objęty/nie jest objęty) odwrotnym obciążeniem VAT.
2. Oświadczamy, że badania będą wykonywane w Jaśle, adres: …………………………….,   
   w dniach ……………………………….. *(zakres od poniedziałku do piątku)* w godzinach ………………….. *(zakres od 7:00 do 15:00)*.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia, warunkami umowy i wymogami Zamawiającego i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
4. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:

1) wypełniony i podpisany formularz cenowy,

2) podpisany wzór umowy

3) ...................................................................................................

4) …................................................................................................

*Miejscowość ..................................., dnia ............................................ 2018 roku.*

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

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| …………………………………………………………………… Pieczęć Wykonawcy | | |  | |  |
| **Załącznik do Formularza oferty - Formularz cenowy** | | | | | |
| **Lp.** | **Zakres badania** | | | **Cena w złotych brutto za wykonanie jednego badania** | |
| 1 | Badanie psychotechniczne dla osoby prowadzącej pojazdy kat. B | | |  | |
| 2 | Badanie neurologiczne dla kandydata na kierowcę samochodu służbowego kat. B | | |  | |
| 3 | Badanie lekarza medycyny pracy i wydanie orzeczenia | | |  | |
| 4 | Badanie okulistyczne z wydaniem ewentualnej recepty na okulary | | |  | |
| 5 | Badanie EKG | | |  | |
| 6 | RTG Płuc | | |  | |
| 7 | Badanie analityczne: Morfologia krwi | | |  | |
| 8 | Badanie analityczne: OB. | | |  | |
| 9 | Badanie analityczne: Cholesterol całkowity | | |  | |
| 10 | Badanie analityczne: Badanie ogólne moczu | | |  | |
| 11 | Badanie analityczne: Cukier | | |  | |
| RAZEM | | | |  | |
|  | ………….., dnia ……………..……….. | |  | |  |
|  |  |  | ………………………………………………………. | | |
|  |  |  | Podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy | | |