**FORMULARZ OFERTY dla części 1**

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

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

………………………………………………………………………..

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

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

KRS:…………………………………………………………………

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. |  | 155 |  |
| 2. | Konsultacja lekarza medycyny pracy wraz z przedłużeniem książeczki/wydaniem orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |  | 9 |  |
| 3. | Badanie okulistyczne w ramach medycyny pracy |  | 155 |  |
| 4. | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy |  | 49 |  |
| 5. | Badanie psychotechniczne dla osób kierujących samochodami służbowymi(niezatrudnionych na stanowisku kierowcy) |  | 49 |  |
| 6. | Morfologia krwi |  | 155 |  |
| 7. | OB |  | 155 |  |
| 8. | Mocz |  | 155 |  |
| 9 | Cholesterol  |  | 21 |  |
| 10. | Glukoza |  | 49 |  |
| 11. | EKG |  | 21 |  |
|  | 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 :

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

(słownie: cena 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 01.01.2019 r. do 31.12.2020 r.
3. Warunki gwarancji: nie dotyczy.
4. Oświadczam, iż zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że nasza sytuacja finansowa i ekonomiczna pozwala na realizację niniejszego zamówienia.
6. Oświadczam, iż przedmiot zamówienia będzie realizowany zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r., o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1155).
7. Oświadczam, że wzór umowy został zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach.
8. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia na terenie Krakowa w dzielnicy Krowodrza.
9. Wykonawca zobowiązuje się, że usługi medyczne będą wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do realizacji zamówienia.
10. Oświadczam, że podana w ofercie cena zawiera w sobie wszystkie elementy kosztów kalkulacyjnych i Zamawiający nie będzie ponosił żadnych innych opłat z tytułu realizacji przedmiotu zamówienia. Podana w ofercie cena nie ulegnie zmianie przez cały okres trwania umowy.
11. Oświadczam, iż uzyskałem od Zamawiającego wszystkie informacje niezbędne do realizacji zamówienia.
12. Wykonawca jest zobowiązany do udzielenie świadczeń medycznych z należytą starannością, z zachowaniem umówionych terminów, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej i zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
13. Wykonawca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania świadczeń medycznych.
14. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia.
15. Miejsce wykonywania przedmiotu zamówienia:

……………………………………………………………………………………………….

(podać adres placówki medycznej w Krakowie)

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

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

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