**FORMULARZ OFERTY dla części 3**

**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 Placówka Terenowa w Tarnowie, Tuchowie, Dąbrowie Tarnowskiej, Brzesku, Bochni.**

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. |  | 80 |  |
| 2. | Konsultacja lekarza medycyny pracy wraz z przedłużeniem książeczki/wydaniem orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |  | 8 |  |
| 3. | Badanie okulistyczne w ramach medycyny pracy |  | 80 |  |
| 4. | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy |  | 21 |  |
| 5. | Badanie psychotechniczne dla osób kierujących samochodami służbowym(niezatrudnionych na stanowisku kierowcy) |  | 21 |  |
| 6. | Morfologia krwi |  | 80 |  |
| 7. | OB. |  | 80 |  |
| 8. | Mocz |  | 80 |  |
| 9 | Cholesterol  |  | 7 |  |
| 10. | Glukoza |  | 21 |  |
| 11. | EKG |  | 7 |  |
|  | Razem : |  |  |  |

1. Podana w tabeli liczba pracowników jest wartością szacunkową i pełni funkcję pomocniczą w przygotowaniu i wyborze oferty.
2. Oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia dla części 3 za cenę netto/brutto :

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

(słownie: cena netto/brutto …………………………………………………………………..).

1. Termin realizacji zamówienia od 01.01.2019 r. do 31.12.2020 r.
2. Warunki gwarancji: nie dotyczy.
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 10 maja 2018 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1155).
6. Oświadczam, że wzór umowy został zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach.
7. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia na terenie Tarnowa.
8. Wykonawca zobowiązuje się, że usługi medyczne będą wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do realizacji zamówienia.
9. 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.
10. Oświadczam, iż uzyskałem od Zamawiającego wszystkie informacje niezbędne do realizacji zamówienia.
11. 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.
12. Wykonawca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania świadczeń medycznych.
13. 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.
14. Miejsce wykonywania przedmiotu zamówienia: ……………………………………………………………………………………………….

(podać adres placówki medycznej w Tarnowie)

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

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

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