**Załącznik nr 1 do ogłoszenia o zamówieniu**

**0800-OP.2300.2.64.2020**

**FORMULARZ OFERTY**

**świadczenie usług w zakresie badań profilaktycznych pracowników PT Biłgoraj (razem z PT Hrubieszów, PT Tomaszów Lubelski, PT Zamość) oraz PT Radzyń Podlaski (razem z PT Biała Podlaska, PT Łuków, PT Parczew)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres wykonawcy: | |
| / imię i nazwisko lub firma / | |
| ........................................................................................................................ | |
| Adres wykonawcy/adres zamieszkania: | |
| ulica ..................................................... | nr ..................................................... |
| kod ..................................................... | miejscowość...................................... |
| adres e mail ………………………………………………………….................................................... | |
| tel.: ..................................................... | fax: ..................................................... |
| REGON:............................................. | NIP: ..................................................... |

1. Kalkulacja cenowa Wykonawcy za realizację całości przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cena za przedmiot**  **zamówienia** | brutto | **………….……………………………………………………. złotych** |
| (słownie złotych ………………….…………………………………………………………….…) |
| VAT | stawka Vat ……………… kwota VAT……………………………………… |
| netto | ………….……………………………………………………. złotych |

cena przedmiotu zamówienia jest wieloskładnikowa, składa się z następujących pozycji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| badania profilaktyczne z zakresu medycyny pracy | lp. | przedmiot. zamówienia | | ilość szacunkowa | cena jednostkowa netto | wartość netto | stawka VAT | wartość VAT | wartość brutto |
|
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1.  2.  3.  4.  5. | Badania okresowe  Badania  wstępne  Badania kontrolne  Badania okulistyczne  Badanie dla kierujących  pojazdami | Ilość | 272 |  |  |  |  |  |
| w skład badania wchodzą; podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, mocz, poziom cukru we krwi), RTG klatki piersiowej, badanie przez lekarza specjalistę np. okulista, badanie i wydanie orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | | | | | | |
| Ilość | 40 |  |  |  |  |  |
| w skład badania wchodzą; podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, mocz, poziom cukru we krwi), RTG klatki piersiowej, badanie przez lekarza specjalistę np. okulista, badanie i wydanie orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | | | | | | |
| Ilość | 32 |  |  |  |  |  |
| w skład badania wchodzi badanie i wydanie orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | | | | | | |
| Ilość | 32 |  |  |  |  |  |
| w skład badania wchodzi: badanie przez okulistę oraz badanie i wydanie orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | | | | | | |
| Ilość | 41 |  |  |  |  |  |
| w skład badania wchodzi nyktometr - badanie na widzenie zmierzchowe i wrażliwość  na lśnienie wraz z badaniem pola widzenia | | | | | | |
|  | | Łącznie | |  |  |  |  |  |

1. Przedmiot zamówienia jest objęty/nie jest objęty\* odwrotnym obciążeniem VAT.
2. Świadczenia usług medycznych w zakresie medycyny pracy wykonywane będą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lokalizacja | nazwa, adres placówki medycznej: | |
| ………………………………………………………………………………………………………… | |
| ………………………………………………………………………………………………………… | |
| w godzinach |  |

oprócz sobót, niedziel i dni wolnych od pracy

1. Wykonawca oświadcza, że:
   1. posiada odpowiednią wiedzę, doświadczenie, uprawnienia i dysponuje stosowną bazą do wykonania przedmiotu zamówienia oraz zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia przy zachowaniu należytej staranności,
   2. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia
   3. iż zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnosi do niego żadnych zastrzeżeń.
   4. iż spełnia obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe pozyskał, bezpośrednio lub pośrednio,
   5. oświadczam, że jesteśmy związani ofertą 30 dni od terminu składania ofert,
   6. że oferuje termin realizacji zamówienia zgodny z wymaganiami Zamawiającego   
      tj. od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2022 r.,
   7. że zdobył konieczne i niezbędne informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty,
   8. że zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy zawartymi we wzorze i zobowiązuje się w przypadku wyboru oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:
3. parafowany szczegółowy opis przedmiotu zamówienia
4. parafowany i podpisany wzór umowy
5. cennik świadczeń medycznych
6. kopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę
7. ……………………………………

…………….…….*,* dnia …………. …………………………………………

*(miejscowość)*  *(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

\*niepotrzebne skreślić