**Załącznik nr 1 do ogłoszenia o zamówieniu**

**0800-OP.2300.2.66.2022**

**FORMULARZ OFERTY**

**na świadczenie usług medycznych w zakresie badań profilaktycznych (wstępnych, kontrolnych, okresowych) z zakresu medycyny pracy dla pracowników Placówek Terenowych Oddziału Regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Lublinie tj.: Placówki Terenowej Radzyń Podlaski, Placówki Terenowej Biała Podlaska, Placówki Terenowej Łuków i Placówki Terenowej Parczew**

|  |
| --- |
| Nazwa i adres wykonawcy: |
| / firma /  |
| ........................................................................................................................ |
| / imię i nazwisko**1**/ |
| ........................................................................................................................ |
| Adres siedziby wykonawcy niebędącego osobą fizyczną / adres miejsca wykonywania działalności gospodarczej przez osobę fizyczną**1**:  |
| ulica .....................................................  | nr .....................................................  |
| kod .....................................................  | miejscowość...................................... |
| Adres zamieszkania**1**:  |
| ulica .....................................................  | nr .....................................................  |
| kod .....................................................  | miejscowość...................................... |
| adres e mail ………………………………………………………….................................................... |
| PESEL**1**:  |
| ........................................................................................................................ |
| tel.: .....................................................  | KRS/CEIDG .....................................................  |
| REGON:............................................. | NIP: .....................................................  |
| **1** - bezwzględnie wymagane dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą |

1. Oferujemy wykonanie całości przedmiotu zamówienia, zgodnie z opisem przedmiotu za następującą cenę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **cena** | brutto | ………….……………………………………………………. złotych |
| (słownie złotych: ………………….……………..………………………..…………………….…) |
| VAT | stawka VAT ………………\*\* kwota VAT………………………  |
| (słownie złotych: ……………………………………………………………..…………………….…) |
| \*\* Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z w/w podatku |
| netto | ………….……………………………………………………. złotych |
| (słownie złotych: …………………………………..………………………..…………………….…) |

\* - z dokładnością do 2 miejsc po przecinku

kalkulacja ceny przedmiotu zamówienia, składa się z następujących pozycji:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| rodzaj usługi medycznej | cena jednostkowa netto [zł]\* | szacunkowa ilość badań | wartość netto [zł]\*  |  VAT | wartość brutto [zł]\*  |
| ilość | osób | % | wartość\* |
| **1** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| rodzaj usługi medycznej | badania wstępne |  | **9** | osób |   |   |  |  |
| badania okresowe |  | **40** | osób |   |   |  |  |
| badania kontrolne (po zwolnieniu lekarskim) |  | **10** | osób |   |   |   |   |
| badania kontrolne (okulistyczne) |  | **5** | osób |   |   |  |  |
| badania dla kierujących pojazdami służbowymi kat B |  | **10** | osób |   |   |   |   |
| **Razem:** |   |   |   |

\* - z dokładnością do 2 miejsc po przecinku

\*\* - Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej
 niż stawka podstawowa lub zwolnienia z w/w podatku

\*\*\* -Zamawiający odrzuci oferty, w których Wykonawcy zaoferują ceny jednostkowe netto o wartości „0” (definicję ceny
 zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014r. o informowaniu o cenach towarów i usług (Dz. U. z 2019 r. poz. 178 ze zm.)

Podstawa prawna zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku:\*\*

………………………………………………………………………………………………………………

w poniżej wskazanej lokalizacji, w następujących godzinach:

|  |
| --- |
| planowana lokalizacja realizacji przedmiotu zamówienia |
| **1** | **2** |
| nazwa  |  |
| adres  |  |
|  |
| w godzinach |  |

1. Wykonawca oświadcza, że:
2. posiada odpowiednią wiedzę, doświadczenie, uprawnienia i dysponuje stosowną bazą
do wykonania przedmiotu zamówienia oraz zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia przy zachowaniu należytej staranności;
3. zaoferowana cena obejmuje wszystkie wymagania opisane w ogłoszeniu , ma charakter ryczałtowy
i nie podlega rewaloryzacji lub negocjacji oraz zawiera w sobie wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym koszty przygotowania materiałów szkoleniowych i wydania zaświadczeń imiennych itp.;
4. oferuje przedmiot zamówienia zgodny z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego
w ogłoszeniu o zamówieniu oraz załącznikach do ogłoszenia,
5. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
6. zapoznał się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnosi
do nich żadnych zastrzeżeń;
7. spełnia obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych,
od których dane osobowe pozyskałem/łam, bezpośrednio lub pośrednio,
8. oświadcza, że jest związany ofertą do terminu wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie
z proponowanym terminem realizacji przedmiotu zamówienia;
9. oferuje termin realizacji zamówienia zgodny z wymaganiami Zamawiającego tj.
**od 1 stycznia 2023r. do 31 grudnia 2023r.**;
10. zdobył konieczne i niezbędne informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty;
11. 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.
12. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:
13. parafowany i podpisany wzór umowy;
14. parafowane i podpisane zasady powierzenia przetwarzania danych;
15. parafowany szczegółowy opis przedmiotu zamówienia;
16. kopia aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę
17. …………………………………………………………………

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

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

 *oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*