**FORMULARZ OFERTY dla części 1**

**na** **świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy,**

**na rzecz osób kierowanych przez Zamawiającego,**

**badania wstępne, okresowe i kontrolne**

**(KRUS OR Kraków, PT Wadowice, PT Wolbrom, PT Proszowice, PT Miechów, PT Myślenice, PT Sucha Beskidzka, PT Oświęcim).**

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

………………………………………………………………………………..

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

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

KRS:…………………………………………………………………………

Osoba do kontaktów: …………………………………………………

Tel ……………………….. e-mail…………………………………

1. Kalkulacja cenowa Wykonawcy :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rodzaj badania | Cena  Jednostkowa  brutto | 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. |  | 51 |  |
| 2. | Konsultacja lekarza medycyny pracy wraz z przedłużeniem książeczki/wydaniem orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |  | 9 |  |
| 3. | Badanie okulistyczne w ramach medycyny pracy |  | 51 |  |
| 4. | Badanie neurologiczne w ramach medycyny pracy |  | 21 |  |
| 5. | Badanie psychotechniczne dla osób kierujących samochodami służbowymi  (niezatrudnionych na stanowisku kierowcy) |  | 21 |  |
| 6. | Morfologia krwi |  | 51 |  |
| 7. | OB |  | 51 |  |
| 8. | Mocz |  | 51 |  |
| 9 | Lipidogram |  | 11 |  |
| 10. | Cholesterol |  | 11 |  |
| 11. | Glukoza |  | 21 |  |
| 12. | EKG |  | 11 |  |
| 13. | Udział lekarza medycyny pracy na posiedzeniu Komisji BHP |  | 4 razy w roku |  |
|  | Razem : |  |  |  |

1. Wykonawca zapewni (1 raz na kwartał) udział lekarza medycyny pracy w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy w OR KRUS w Krakowie.
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 01.01.2024 r. do 31.12.2024 r.
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:

* ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.);
* zakresem określonym w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 z późn, zm.);
* ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1175);
* rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich, wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067 z późn.zm.);
* rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. nr 148, poz. 973);
* rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2020 r. poz. 2213).

1. Oświadczam, że wzór umowy został zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wymienionych warunkach.
2. **Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia na terenie Krakowa w dzielnicy Krowodrza.**
3. 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.
4. Oświadczam, iż uzyskałem od Zamawiającego wszystkie informacje niezbędne do realizacji zamówienia.
5. 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.
6. Wykonawca oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania świadczeń medycznych.
7. 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.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
9. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 -3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
10. Miejsce wykonywania przedmiotu zamówienia:

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

(podać adres placówki medycznej w Krakowie - dzielnica Krowodrza)

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

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

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