Załącznik numer 2 do Zapytania ofertowego

##### FORMULARZ OFERTY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Adres (siedziba) Wykonawcy |  |
| REGON |  |
| NIP |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktu z Zamawiającym |  |

W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe dotyczące usługi polegającej na świadczeniu usług medycznych w zakresie medycyny pracy, w okresie 2025-2027, tj.:

* 1. usługi polegającej na zapewnieniu profilaktycznej opieki zdrowotnej dla kandydatów do pracy oraz pracowników Państwowej Inspekcji Pracy Głównego Inspektoratu Pracy, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437 t.j.) i rozporządzenia 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.2023.607 t.j.),
  2. usługi polegającej na współdziałaniu z Zamawiającym w realizacji obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, poprzez udział w przeglądach warunków pracy, w trakcie których udzielane będą porady w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437 t.j.),

oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia oraz zawarcie umowy z Zamawiającym, jeżeli oferta nasza zostanie uznana za najkorzystniejszą.

1. Oświadczamy, że cena naszej oferty wynosi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa badania - stanowisko | Wyszczególnienie zakresu usług | Przewidywana liczba  badań  /usług | Cena jednostkowa  bez podatku VAT za wykonanie badania jednej osoby  /1 h usługi | Cena jednostkowa  z podatkiem VAT za wykonanie badania  jednej osoby  /1 h usługi |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  | badania wstępne i okresowe – stanowiska kierownicze, praca przy komputerze pow. 4 godzin | badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarza medycyny pracy,  EKG, lipidogram | 40 |  |  |
|  | badania wstępne i okresowe – stanowiska biurowe, praca przy komputerze pow. 4 godzin | badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarza medycyny pracy | 180 |  |  |
|  | badania wstępne i okresowe – stanowiska biurowe, praca przy komputerze pow. 4 godzin, obsługa infolinii | badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarza medycyny pracy,  EKG, lipidogram,  ocena wydolności narządu głosu oraz badania inne w zależności od wskazań | 20 |  |  |
|  | badania wstępne i okresowe – stanowiska biurowe, praca przy komputerze pow. 4 godzin, obsługa archiwum | badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarza medycyny pracy,  spirometria | 3 |  |  |
|  | badania wstępne i okresowe – stanowiska biurowe, praca przy komputerze pow. 4 godzin, praca na wysokości do 3 m | badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarza medycyny pracy,  oznaczenie glukozy | 3 |  |  |
|  | badania wstępne, okresowe – stanowisko kierowcy samochodu osobowego, praca przy komputerze pow. 4 godzin | badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarza medycyny pracy,  EKG, lipidogram,  oznaczenie glukozy,  psychotechnika,  neurolog | 8 |  |  |
|  | kontrolne badanie lekarskie – wszystkie grupy stanowisk | badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarza medycyny pracy | 30 |  |  |
|  | konsultacja specjalistyczna – wszystkie grupy stanowisk | okulistyczna z wystawieniem recepty na okulary | 200 |  |  |
|  | badanie – osoby kierującej samochodem do celów służbowych (stanowiska wskazane w wierszach 1-5) | psychotechnika  neurolog  oznaczenie glukozy | 30 |  |  |
|  | Badania dodatkowe – wszystkie grupy stanowisk | morfologia z rozmazem | 150 |  |  |
| OB | 150 |
| lipidogram | 150 |
| oznaczenie glukozy | 150 |
|  | uczestnictwo lekarza medycyny pracy w przeglądzie warunków pracy | przegląd warunków pracy 1 raz w roku, w maksymalnym wymiarze 3 godzin | 9 |  |  |
| **Łączna cena bez podatku VAT (netto)**  suma iloczynów kol. 4 i kol. 5 | | | |  | |
| **Łączna cena z podatkiem VAT (brutto)**  suma iloczynów kol. 4 i kol. 6  **Stawka podatku VAT:….%** (jeżeli dotyczy) | | | |  | |

1. Oferujemy następującą lokalizację centrum medycznego/ przychodni:

………………………………………………………………………………………………

(nazwa oraz adres przychodni)

1. Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia wykonam(y) zgodnie z postanowieniami zapytania ofertowego, wzoru umowy oraz przepisami prawa.
2. Oświadczam(y), że akceptuję/akceptujemy treść wzoru umowy, w tym warunki płatności oraz kary umowne.
3. Oświadczam(y), że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia oraz wszystkie koszty i składniki ceny jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z realizacją przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam(y), że jestem/jesteśmy związani ofertą przez okres wskazany   
   w zapytaniu ofertowym.
5. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie określonym przez Państwową Inspekcję Pracy Główny Inspektorat Pracy.
6. Oświadczam(y), że wypełniłem/am/wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | ……………………………………………  miejscowość, data | ………………………………………………………  podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy | |