Nazwa firmy.................................................................................................................................................................

Adres firmy ..................................................................................................................................................................

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż firmy) ...........................................................................................................

Nr KRS / nr wpisu CEIDG ………………..…………………….. NIP ………………………………………………………

Imię i Nazwisko osoby do kontaktu .............................................................................................................................

Kontakt: tel. ………………………..……, e-mail ...........................................................................................................

**Regionalna Dyrekcja Ochrony Środowiska   
we Wrocławiu**

**ul. Jana Długosza 68**

**51-162 Wrocław**

1. **O F E R T A**
2. Oferuję realizację zamówienia pn. „Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy w 2025 r. na rzecz pracowników Regionalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska we Wrocławiu”, za następujące ceny jednostkowe:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaje badań i stanowisk wraz z czynnikami występującymi na stanowisku** | | | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana w 2025 r. ilość osób do badań** | **Wartość brutto** | |
| **1** | **2** | | | **3** | **4** | **5** | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **administracyjno-biurowym**:   * praca tylko przy komputerze | | |  | 17 |  | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **administracyjno-biurowym**:   * praca tylko przy komputerze * praca w terenie | | |  | 3 |  | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **administracyjno-biurowym**:   * praca przy komputerze powyżej 4 godzin * kierowanie samochodem służbowym (kat. B) | z ważnym badaniem psychotechnicznym | |  | 1 |  | |
| brak ważnego badania psychotechnicznego | |  | 2 |  | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **administracyjno-biurowym:**   * praca przy komputerze powyżej 4 godzin * kierowanie samochodem służbowym (kat. B) * praca w terenie | z ważnym badaniem psychotechnicznym | |  | 1 |  | |
| brak ważnego badania psychotechnicznego | |  | 6 |  | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **decyzyjnym administracyjnym**:   * praca tylko przy komputerze | | |  | 1 |  | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **decyzyjnym administracyjnym**:   * praca przy komputerze powyżej 4 godzin * kierowanie samochodem służbowym (kat. B) | | z ważnym badaniem psychotechnicznym |  | 1 |  | |
| brak ważnego badania psychotechnicznego |  | 1 |  | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **decyzyjnym administracyjnym**:   * praca przy komputerze powyżej 4 godzin * kierowanie samochodem służbowym (kat. B) * praca w terenie | | z ważnym badaniem psychotechnicznym |  | 1 |  | |
| brak ważnego badania psychotechnicznego |  | 1 |  | |
|  | Badanie wstępne i okresowe na stanowisku **archiwisty**:   * praca poniżej 1,00 m | | |  | 1 |  | |
|  | Badanie okulistyczne dla pracowników z ważnym badaniem okresowym, u których doszło do pogorszenia się wzroku, badanie zakończone wydaniem orzeczenia /zaświadczenia lekarskiego z zaznaczeniem czy konieczna jest zmiana szkieł korekcyjnych | | |  | 1 |  | |
|  | Badanie psychotechniczne w tym, badanie widzenia zmierzchowego oraz wrażliwości na olśnienie dla pracowników z ważnym badaniem okresowym, u których doszło kierowanie samochodem służbowym | | |  | 1 |  | |
|  | Badanie kontrolne na wszystkich stanowiskach (nieobecność powyżej 30 dni) | | |  | 3 |  | |
| **BADANIA DODATKOWE** | | | | | | | |
|  | EKG | | |  | 1 |  | |
|  | Morfologia krwi | | |  | 1 |  | |
|  | OB | | |  | 1 |  | |
|  | Pomiar glukozy we krwi | | |  | 1 |  | |
|  | Badanie ogólne moczu | | |  | 1 |  | |
|  | RTG klatki piersiowej | | |  | 1 |  | |
|  | Lipidogram | | |  | 1 |  | |
|  | Spirometria | | |  | 1 |  | |
|  | Konsultacja i badanie ortopedyczna | | |  | 1 |  | |
|  | Konsultacja i badanie neurologiczna | | |  | 1 |  | |
|  | Konsultacja i badanie laryngologiczne | | |  | 1 |  | |
|  | Konsultacja i badanie pulmonologiczne | | |  | 1 |  | |
| **Łączna wartość brutto:** | | | | | |  | |
| **INFORMACJE UZUPEŁNIAJACE** | | | | | | | |
|  | Możliwość wykonania wszystkich badań w jednym miejscu, bez konieczności przemieszczania się po mieście pracownika skierowanego na badania | | | | | TAK | NIE |

***Uwagi:***

* ***cena jednostkowa*** *– cena badań uwzględniająca wydanie orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego przez lekarza medycyny pracy;*
* ***kierowanie samochodem służbowym kat. B*** *- sporadycznie i nie są to pracownicy zatrudnieni na stanowisku kierowcy;*
* ***praca w terenie*** *– wyjazdy służbowe związane z wizjami terenowymi w terenie typu: bezdroża, obszary leśne i polne, tereny podmokłe*;
* ***dodatkowe informacje niezbędne do dokonania oceny ofert*** *– proszę zaznaczyć TAK lub NIE.*
* ***PROSZĘ nie zmieniać układu tabeli, ani nie dopisywać do niej żądnych treści, informacje uzupełniające proszę dołączyć do oferty jako załącznik.***

1. Oświadczam, że:

* prowadzimy działalność w zakresie realizacji profilaktycznych badań lekarskich pracowników;
* nie podlegamy wykluczeniu na podstawie przesłanek określonych w art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. 2024 poz. 507 ze zm.);
* zapoznaliśmy się z warunkami postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w tym z istotnymi postanowieniami umownymi i akceptujemy je bez zastrzeżeń;
* akceptujemy proponowane warunki płatności, w tym m.in.: 21-dniowy termin zapłaty;
* jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert;
* w przypadku udzielenia zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej ofercie niezbędnych do realizacji postępowania zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2019 r. o ochronie danych osobowych – (t.j. Dz. U.   
   z 2019 r., poz. 1781 ze zm.).

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

Data, imię i nazwisko podpisującego/cych