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