Wrocław, dnia \_\_.\_\_.2024 r.

### Formularz ofertowy

**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

na**„świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR”.**

Nazwa Wykonawcy …………………………………………………………………

Siedziba Wykonawcy …………………………………………………………………

nr telefonu/fax …………………………………………………………………

Adres e-mail …………………………………………………………………

NIP …………………………………………………………………

REGON …………………………………………………………………

do: nazwa i siedziba Zamawiającego:

**Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa
Dolnośląski Oddział Regionalny
ul. Giełdowa 8, 52-438 Wrocław
tel. 71 369 74 00**

Nawiązując do zapytania ofertowego na „świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR” oferujemy wykonanie ww. przedmiotu zamówienia wg poniższych warunków:

1. Wartość przedmiotu zamówienia **brutto** za wykonanie usługi (wraz ze wszystkimi kosztami związanymi z realizacją przedmiotu zamówienia):
	1. **……………………**……………………..słownie:……………..**…………………………...
	(należy wpisać wartość zamówienia z wartości brutto sumy kolumny 5 z poniższej tabeli)**
2. Podane ceny zawierają wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

Oferujemy realizację zamówienia za ceny określone w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres badania** | **Przewidywana liczba osób do badań** | **Cena jedn. brutto za badanie**  | **Wartość brutto** **(3x4)=5** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | Badanie lekarza medycyny pracy | **190** |  |  |
|  | Badanie okulistyczne | 150 |  |  |
|  | Badanie neurologiczne | 30 |  |  |
|  | Badanie laryngologiczne | 1 |  |  |
|  | Badania w kierunku boreliozy (przeciwciała IgG i IgM) | 30 |  |  |
|  | Badania dodatkowe w zakresie boreliozy *(Borelioza IgG i IgM met. western-blot)* | 10 |  |  |
|  | Aminotransferaza alaninowa (ALAT\_GPT) | 30 |  |  |
|  | Aminotransferaza asparaginianowa (ASPAT\_GOT) | 30 |  |  |
|  | Audiogram | 1 |  |  |
|  | Badania do celów sanitarno–epidemiologicznych – lekarz orzecznik | 50 |  |  |
|  | Badania TSH i aktywność cholinoesterazy krwinkowej | 30 |  |  |
|  | Badanie funkcji widzenia zmierzchowego, wrażliwości na olśnienie i widzenia przestrzennego  | 50 |  |  |
|  | Badanie kału w kierunku Salmonella/Shigella | 30 |  |  |
|  | Badanie ogólne moczu | 10 |  |  |
|  | Bilirubina całkowita | 1 |  |  |
|  | CRP | 10 |  |  |
|  | EKG spoczynkowe | 40 |  |  |
|  | Cholesterol całkowity | 40 |  |  |
|  | Fosfataza zasadowa | 1 |  |  |
|  | G-glutamylo-transpeptydaza (gamma-GT\_GGTP) | 1 |  |  |
|  | Glukoza | 100 |  |  |
|  | Konsultacja psychologiczna dla kierowcy kat. B, prowadzących pojazdy w ramach obowiązków służbowych  | 30 |  |  |
|  | Kreatynina | 30 |  |  |
|  | Mocznik | 1 |  |  |
|  | Morfologia krwi | 150 |  |  |
|  | OB. – odczyn Biernackiego | 1 |  |  |
|  | Profil lipidowy (CHOL, TG, HDL/LDL) | 40 |  |  |
|  | Próby wątrobowe (ALT, AST, BIL) | 30 |  |  |
|  | Retikulocyty | 1 |  |  |
|  | RTG klatki piersiowej | 50 |  |  |
|  | Spirometria | 30 |  |  |
|  | Szczepienie profilaktyczne tężec – 1 dawka | 20 |  |  |
|  | Szczepienie profilaktyczne kleszczowe zapalenie mózgu – 1 dawka | 20 |  |  |
|  | Uczestnictwo w komisji BHP (cena za 1 posiedzenie) | 4 |  |  |
|  | Udział lekarza w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy, wypadku zrównanym(cena za opinię w sprawie jednego zdarzenia) | 5 |  |  |
|  | USG wątroby | 1 |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

Oświadczam, że:

1. Zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i umowy oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
2. Jesteśmy uprawnieni do wykonywania ww. usług, posiadamy wiedzę, doświadczenie, kwalifikacje w tym zakresie.
3. Wyrażamy zgodę na zawarcie umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Czujemy się związani ofertą przez 30 dni.
5. W przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego tj. od 02.01.2025 r. do 31.12.2025 r.
6. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez podwykonawcę** | **Nazwa podwykonawcy** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

 **(brak wpisu domniema, że Wykonawca wykona zamówienie sam bez udziału podwykonawców)**

1. W przypadku wybrania naszej oferty osobą uprawnioną do kontaktów będzie:

………………. tel.: ……………… e-mail: .................@.......................

Osobami, które mogą reprezentować wykonawcę i składać oświadczenia woli są:

1. ………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………….
3. ………………………………………………………………….

**8. Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:**

1. *Dokument potwierdzający posiadanie odpowiednich uprawnień dot. prowadzenia działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego.*
2. *Załącznik nr 2 – opis stanowisk oraz warunków pracy pracowników*
3. *Załącznik nr 3 – wykaz zakładów opieki zdrowotnej wymaganych oraz dodatkowych*
4. *Załącznik nr 4 – wzór umowy*
5. *Załącznik nr 5 – oświadczenie dot. Klauzuli Informacyjnej z art. 13. RODO*

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

***imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy***

Na potrzeby postępowania pod nazwą: **„Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR”** prowadzonego przez Dolnośląski OR ARiMR na podstawie art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 z późn. zm.) oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1[[1]](#endnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#endnote-2)2

*\* niepotrzebne skreślić*

\*\* *jeżeli dotyczy*

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1). [↑](#endnote-ref-1)
2. 2 W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#endnote-ref-2)