Załącznik nr 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia\_\_\_ kwietnia 2022 r.

3004-7.262.15.2022

FORMULARZ OFERTOWY

NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO

Prokuratura Okręgowa w Ostrołęce, ulica Kościuszki 19, 07-410 Ostrołęka

NAZWA I ADRES WYKONAWCY

Nazwa: …..........................Adres: ….............................................................

Osoba upoważniona do kontaktu…………………………fax/email……………………………..

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Świadczenie usługi profilaktycznych badań lekarskich wraz z wydaniem orzeczenia dla pracowników:

Część I: Prokuratury Okręgowej i Prokuratury Rejonowej w Ostrołęce \*

Część II: Prokuratury Rejonowej w Ostrowi Mazowieckiej \*

Część IV: Prokuratury Rejonowej w Pułtusku \*

Część V: Prokuratury Rejonowej w Wyszkowie \*

\* niepotrzebne skreślić

1. Oferujemy świadczenie usług za kwotę brutto - ….................................................... zł

 (słownie złotych …............................................................)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zakres usługi | Ilość badań \* | Cena jednostkowa netto zł | VAT % | Wartość brutto zł(kol. 2x3+VAT) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Badania ogólne + wydanie orzeczenia |  |  |  |  |
| Badania okulistyczne + recepta na okulary |  |  |  |  |
| Badania oceniające zjawisko olśnienia i widzenie zmierzchowe |  |  |  |  |
| Badania laryngologiczne |  |  |  |  |
| Badania neurologiczne |  |  |  |  |
| Badania psychologiczne |  |  |  |  |
| EKG bez opisu |  |  |  |  |
| Poziom cukru |  |  |  |  |
| Spirometria |  |  |  |  |
| Cholesterol |  |  |  |  |
| Morfologia |  |  |  |  |
| OB |  |  |  |  |
| Lipidogram |  |  |  |  |
| RTG kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego |  |  |  |  |
| Konsultacje bhp 1 godz.  |  |  |  |  |
|  |  | razem |  |
| dodatkowe badania – dla potrzeb postępowania przyjęto, iż będą stanowić one 5% wartości wskazanych powyżej badań | \*\*wartość „razem” podwyższona o 5% |  |

\*ilość badań zgodna z tabelą nr 1 w zakresie wybranej/wybranych części.

\*\* wskazana wartość służy do ceny ofert oraz będzie stanowiła kwotę umowy.

Podane w tabeli liczby i rodzaje badań/ usług służą jedynie do porównania ofert. Zamawiający zapłaci za niezbędne, faktycznie zlecone przez lekarza medycyny pracy i wykonane badania.

UWAGA! Ujęte powyżej ceny powinny zawierać wszystkie elementy kosztotwórcze np. badania wykonane z krwi – koszt badań laboratoryjnych, pobranie krwi, strzykawkę, igłę itp.

- zakres usług wykonywanych przez Wykonawcę: .........................................................................................................................................,

- zakres usług powierzonych Podwykonawcom:

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

1. Oświadczam, że w czasie trwania umowy zatrudniony będzie co najmniej jeden lekarz uprawniony do wykonywania badań profilaktycznych, **który nie był/ był\* sądownie karany oraz nie toczy się/ toczy się\* wobec niego postępowanie karne .**
2. Oświadczam, że za niezrealizowane badania ujęte w powyższej tabeli nie będziemy zgłaszać roszczeń.
3. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że usługi profilaktycznych badań lekarskich będą świadczone w:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /adres jednostki/

6. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w treści zapytania ofertowego, tj.:

a) jednostka jest zarejestrowana w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej pod numerem księgi …………………………………\* w której widnieje w rejestrze podmiotów [\* proszę wpisać numer księgi];

b) jednostka jest zarejestrowana w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy zgodnie
z wymogami ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j.
Dz.U. z 2022 r. poz. 437).

1. jednostka jest ubezpieczona od odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych w zakresie prowadzanej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niniejszego postępowania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis i pieczęć

Załączniki:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_