……………………………

(nazwa lub pieczęć wykonawcy)

**Regionalna Dyrekcja Ochrony Środowiska**

**w Białymstoku**

**ul. Dojlidy Fabryczne 23**

**15-554 Białystok**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DANE WYKONAWCY**

*pełna nazwa Wykonawcy*

Adres siedziby Wykonawcy:

*ulica nr domu kod pocztowy miejscowość*

*telefon adres strony internetowej e-mail*

NIP: REGON:

Osoba do kontaktu od strony Wykonawcy:

*Imię i nazwisko telefon e-mail*

Odpowiadając na ogłoszenie z dnia 9 września 2022 r. nr WOF.261.69.2022 na świadczenie usługi profilaktycznej opieki zdrowotnej pracowników Regionalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska w Białymstoku (tzw. medycyna pracy) **w okresie od 1 października 2022 r. do 31 grudnia 2024 roku** wyrażam gotowość wykonania usługi, zgodnie z wymaganiami wynikającymi ze wzoru umowy, za kwotę w wysokości:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość(kol. c.) x Cena (kol. d)** |
| a | b | c | d | e |
| 1 | Badanie wstępne | 5 |  |  |
| 2 | Badanie okresowe | 33 |  |  |
| 3 | Badanie kontrolne | 5 |  |  |
| 4 | Konsultacja neurologiczna | 15 |  |  |
| 5 | Konsultacja okulistyczna z wydaniem zaświadczenia | 43 |  |  |
| 6 | Konsultacja laryngologiczna | 15 |  |  |
| 7 | Badanie psychotechniczne kierowców | 15 |  |  |
| 8 | Audiometria | 2 |  |  |
| 9 | Morfologia pełna krwi | 2 |  |  |
| 10 | Cholesterol całkowity | 2 |  |  |
| 11 | OB | 2 |  |  |
| 12 | Glukoza | 2 |  |  |
| 13 | Mocz | 2 |  |  |
| 14 | Prześwietlenie RTG klatki piersiowej | 2 |  |  |
| 15 | EKG | 2 |  |  |
| 16 | Udział lekarza w posiedzeniu komisji BHP | 2 |  |  |
| 17 | Udział lekarza w przeglądach BHP | 2 |  |  |
| 18 | Usługa zaszczepienia | 20 |  |  |
| 19 | Koszt szczepionki przeciwko kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych | 20 |  |  |
| **SUMA:** |

1. Oświadczam, że oferowane w powyższej tabeli ceny jednostkowe brutto są stałe i obowiązują przez cały okres realizacji umowy, tj. w okresie 01.10.2022 r. - 31.12.2024 r.
2. Oświadczam, że badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy wykonywać będą lekarze spełniający wymagania opisane w § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznejz 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. z 2016 r. poz. 2067).
3. Główne miejsce wykonywania usługi, o którym mowa w ust. 9 pkt 1 ogłoszenia   
   (*należy wskazać adres placówki*): ………………..………………..
4. Miejsce wykonywania badań psychotechnicznych kierowców, o którym mowa w ust. 9 pkt 2 ogłoszenia (*należy wskazać adres placówki*): ………………………………………………..
5. W przypadku udzielenia zamówienia zobowiązuję/emy się do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy (załącznik nr 1 do ogłoszenia).
6. Akceptuję/my wymagany termin realizacji usługi: **01.10.2022 r. – 31.12.2024 r.**
7. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącego integralną część oferty są:

* Pełnomocnictwo - *jeżeli dotyczy*
* Oświadczenie wykonawcy

……………………………………………

*(podpis i pieczątka wykonawcy)*