**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

Kraków, dnia …………….r.

### **FORMULARZ OFERTOWY**

nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………

siedziba Wykonawcy: …………………………………………………………………

nr telefonu: …………………………………………………………………

adres e-mail: …………………………………………………………………

NIP: …………………………………………………………………

REGON: …………………………………………………………………

nawiązując do zapytania ofertowego na ***„świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Małopolskiego Oddziału Regionalnego ARiMR”*** nr postępowania: **BZZL06.2305.1.2024.MK** oferujemy wykonanie ww. przedmiotu zamówienia wg poniższych warunków:

1. Wartość przedmiotu zamówienia **brutto** za wykonanie usługi wynosi **…………………. zł** słownie: **……………………………./100)** *(należy wpisać wartość zamówienia z wartości brutto sumy kolumny 5 z poniższej tabeli)*
2. Oferujemy realizację zamówienia za ceny określone w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres badania** | **Przewidywana liczba osób do badań w okresie 01.07.2024-30.06.2025** | **Cena jednostkowa brutto za badanie** | **Wartość brutto (kol. 3 x kol. 4)=5** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | badania wstępne wraz z wydaniem orzeczenia (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwii + badanie ogólne moczu+orzecznik+ okulista) | 25 |   |  |
|  | badania wstępne wraz z wydaniem orzeczenia (stanowiska kierownicze) (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwii + badanie ogólne moczu+orzecznik+ okulista+ekg+ cholesterol) | 10 |   |  |
|  | badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwii + badanie ogólne moczu+ okulista + orzecznik) | 150 |  |  |
|  | badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia (praca adm.-biurowa wykonujący kontrole terenowe, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwii + badanie ogólne moczu+ czynniki biologicze, chemiczne i pyły + okulista + orzecznik) | 25 |  |  |
|  | badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia (stanowisko kierownicze) (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: morfologia krwii + badanie ogólne moczu+ ekg+ cholesterol + okulista+ orzecznik) | 20 |  |  |
|  | badania kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia (orzecznik) | 15 |  |  |
|  | badania kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia (stanowisko kierownicze) (orzecznik) | 5 |  |  |
|  | badania okulistyczne (tylko z orzecznikiem) w związku z pogorszeniem wzroku. | 20 |  |  |
|  | szczepienia ochronne dla pracowników p. tężcowe (cena zawiera: kwalifikacje do szczepienia, usługę szczepienia i cenę szczepionki) | 30 |  |  |
|  | szczepienia ochronne dla pracowników p. kleszczowemu zapaleniu mózgu (cena zawiera: kwalifikacje do szczepienia, usługę szczepienia i cenę szczepionki) | 30 |  |  |
|  | szczepienia ochronne dla pracowników p. wściekliźnie (cena zawiera: kwalifikacje do szczepienia, usługę szczepienia i cenę szczepionki) | 30 |  |  |
|  | psychotesty wraz z wydaniem orzeczenia (orzecznik, okulista, glukoza, psychotesty) | 50 |  |  |
|  | badania do celów sanitarno–epidemiologicznych związanych z wydaniem zaświadczenia lub uaktualnieniem książeczek sanitarno–epidemiologicznych (orzecznik) | 10 |   |  |
|  | badania do celów sanitarno – epidemiologicznych związanych z badaniem (orzecznik + badania) | 30 |  |  |
|  | Udział lekarza w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy, wypadku zrównanym z wypadkiem przy pracy w drodze do/z pracy (cena za opinię w sprawie jednego wypadku) | 3 |   |  |
|  | Uczestnictwo w komisji BHP (cena za 1 posiedzenie) | 4 |   |  |
|  | Badanie zjawiska olśnienia i widzenia zmierzchowego | 10 |  |  |
|  | Badania w zakresie boreliozy | 4 |  |  |
|  | EKG | 40 |  |  |
|  | Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) | 40 |  |  |
| 21. | Suma: |  |  |  |

**Oświadczam/y, że:**

1. podane ceny w ww. tabeli zawartej zawierają wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia;
2. zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i umowy oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia;
3. jesteśmy uprawnieni do wykonywania ww. usług, posiadamy wiedzę, doświadczenie, kwalifikacje w tym zakresie;
4. wyrażamy zgodę na zawarcie umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas 30 dni od dnia złożenia oferty;
6. w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego tj. od 01.07.2024 r. do 30.06.2025 r.;
7. 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 w ww. tabeli 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. ………………………………………………………………….
4. **Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty są:**
5. Dokument potwierdzający posiadanie odpowiednich uprawnień dot. prowadzenia działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego.
6. Wykaz zakładów opieki zdrowotnej wymaganych oraz dodatkowych (załącznik nr 5).
7. Oświadczenie dot. Klauzuli Informacyjnej z art. 13. RODO (załącznik nr 7).
8. Oświadczenie wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania (załącznik nr 6).

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

*imię i nazwisko*

*oraz podpis uprawnionego*

*przedstawiciela Wykonawcy*