**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Nazwa i adres Oferenta:**

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

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

Adres korespondencyjny: ....................................................................................

NIP: ……………………………..

REGON: …………………..

Nr telefonu: ................................................

Nr faksu: ...............................................

**OFERTA**

**Dla Rządowe Centrum Bezpieczeństwa**

**Ul. Rakowiecka 2A**

**00-993 Warszawa**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące „**Świadczenia usług z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami RCB”**, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kompleksową kwotę:

1) badania dla pracowników administracyjno-biurowych (bez stanowisk kierowniczych)
w kwocie brutto ……………. zł (słownie: ……. złotych ……….. groszy) – w zakresie: badanie lekarza medycyny pracy, badanie lekarza okulisty, morfologia, OB, mocz, glukoza;

2) badania dla pracowników administracyjno-biurowych na stanowiskach decyzyjnych w kwocie kwotę brutto ………………… zł (słownie: ……. złotych ……….. groszy) – w zakresie : badanie lekarza medycyny pracy, badanie lekarza okulisty, morfologia, OB, mocz, glukoza, EKG, lipidogram;

3) badania psychotechniczne kierowcy lub osób kierujących pojazdami służbowymi w kwocie brutto ……………. zł (słownie: ……. złotych ……….. groszy).

|  |  |
| --- | --- |
| **Konsultacje i badania medycyny pracy** | **cena brutto** |
| Konsultacje specjalistyczne | Okulista |   |
| Laryngolog |   |
| Neurolog |   |
| Dermatolog |   |
| Ortopeda |   |
| Kardiolog |   |
| Psycholog |   |
| Psychiatra  |   |
| badania laboratoryjne | OB |   |
| Morfologia  |   |
| Mocz |   |
|  Glukoza |   |
|  Cholesterol całkowity |   |
| Lipidogram |   |
| ALAT, ASPAT |   |
|  Bilirubina |   |
|  Kreatynina |   |
|  Mocznik |   |
| badania diagnostyczne | EKG z opisem |   |
| Pomiar ciśnienia tętniczego  |   |
| RTG klatki piersiowej |   |
| spirometria |   |
| audiogram |   |
| badania psychotechniczne | psychotechnika kierowcy  |   |
| konsultacja psychologiczna  |   |

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Zobowiązujemy się świadczyć usługę w termie realizacji zamówienia, tzn. od 01.01.2018 do 31 grudnia 2019 r. oraz realizować następujące badania w czasie nie dłuższym niż:
2. wstępne – 2 dni robocze,
3. okresowe – 5 dni roboczych,
4. kontrolne – 1 dzień roboczy,

licząc od dnia zgłoszenia się pracownika z ważnym skierowaniem od Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
2. Oświadczamy, że powyższa cena zostały oszacowane w sposób kompleksowy i zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w związku z realizacją zamówienia w przypadku wyboru niniejszej oferty.
3. Oświadczamy, że przyjmujemy warunki zawarte w zapytaniu ofertowym, opisie przedmiotu, istotnych postanowieniach umowy i nie wnosimy zastrzeżeń.
4. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
5. Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w zapytaniu ofertowym.
6. Oświadczamy, iż jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres **60 dni**.
7. Badania będą przeprowadzane:
8. w ……………………. przy ul. ………… nr …. w Warszawie,
9. w ……………………. przy ul. ………… nr …. w Warszawie,
10. **lub** zgodnie z załącznikiem
11. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym:

Imię Nazwisko ………………………

adres email: ………………………….

tel. nr ………………………….………

 …………….……………………………

 (pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej)