Z***ałącznik nr 1 do SIWZ***

**..........................................**

 *miejscowość, data*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na zakup usług medycznych na rzecz kandydatów do pracy, pracowników i stażystów Zakładu Emerytalno-Rentowego MSW w Krakowie.**

**Nr zamówienia: ZER-ZP-60/2014**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy:** | ………………………………………………………………………………… |
| **Siedziba Wykonawcy:** | ………………………………………………………………………………… |
| **NIP:** ………………………………… | **REGON:**………………… | **Nr tel.:** ……………….. | **Nr fax.:**……………… | **E-mail** (*jeśli występuje):*………………….. |
|  |
| **CENA OFERTY:** |
| **Lp.** | **Nazwa usługi / badania** | **Szacunkowa liczba pracowników kierowanych na badania lekarskie w okresie trwania umowy** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto\*****/kolumna 3 x 4/** | **Stawka VAT\*\*** | **Wartość VAT\*** | **Cena oferty brutto\*****/kolumna 5+7/** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Badanie profilaktyczne – wstępne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy.** | **17** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **2.** | **Badanie profilaktyczne – okresowe wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy** | **21** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **3.** | **Badanie profilaktyczne – kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy** | **12** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **4.** | **Dodatkowe badanie profilaktyczne – okulistyczne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy (*tylko konsultacja okulistyczna + badanie lekarza medycyny pracy; badanie okulistyczne inne niż badanie wykonywane w ramach badań profilaktycznych wstępnych, okresowych i kontrolnych*)** | **11** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **5.** | **Konsultacje specjalistyczne -okulistyczne** | **50** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **6.** | **Konsultacje specjalistyczne - laryngologiczne** | **10** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **7.** | **Konsultacje specjalistyczne -neurologiczne** | **10** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **8.** | **Konsultacje specjalistyczne –ortopedyczne** | **3** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **9.** | **Morfologia z rozmazem** | **50** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **10.** | **OB** | **50** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **11.** | **Cukier** | **50** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **12.** | **Ogólne badanie moczu + osad** | **50** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **13.** | **Audiometria** | **10** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **14.** | **Spirometria** | **15** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **15.** | **EKG z opisem** | **15** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **16.** | **RTG klatki piersiowej z opisem** | **20** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **17.** | **Lipidogram** | **15** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **18.** | **Konsultacje lekarza prowadzącego badania profilaktyczne pracowników w sprawie czasu pracy osób niepełnosprawnych – zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)** | **2** | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| ------------------------------------ | **Szacunkowa liczba spotkań członków komisji ds. bezpieczeństwa i higieny pracy****/*przewidywany czas trwania jednego spotkania – 3 godz*./** | -------------------------------------------------------------------- |
| **19.** | **Udział lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami i stażystami, w charakterze członka, w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy** | **17** | …………. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| **ŁĄCZNA CENA BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 19)\*:** | ………….. |
| ***ŁĄCZNA CENA BRUTTO – SŁOWNIE***\* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **20.** | **20% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (*20% należy wyliczyć od sumy poz. od nr 1 do nr 19*)** | …………. |
| **CENA OFERTY BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 19 + wartość z pozycji nr 20)\*:** | …………… |
| ***CENA OFERTY BRUTTO – SŁOWNIE***\* …………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***UWAGA!***

***\** CENY NALEŻY PODAĆ Z DOKŁADNOŚCIĄ DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU,**

**\*\*WYKONAWCA ZOBOWIĄZANY JEST PODAĆ PODSTAWĘ PRAWNĄ ZASTOSOWANIA STAWKI PODATKU VAT INNEJ NIŻ STAWKA PODSTAWOWA LUB ZWOLNIENIA Z WW. PODATKU,**

**\*\*\* ZAMAWIAJĄCY ODRZUCI OFERTY, W KTÓRYCH WYKONAWCY ZAOFERUJĄ CENY JEDNOSTKOWE NETTO O WARTOŚCI „0”**

**(definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014r. o informowaniu cenach towarów i usług (Dz. U. z 2014r. poz. 915)).**

**PODSTAWA PRAWNA ZWOLNIENIA Z PODATKU OD TOWARÓW I USŁUG (VAT) ……………………………………………………………….**

**OSOBY UPOWAŻNIONE DO KONTAKTÓW I WSPÓŁPRACY PRZY REALIZACJI UMOWY:**

**1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/***

**2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych/***

**WYKAZ PLACÓWEK, W KTÓRYCH BĘDĄ ŚWIADCZONE USŁUGI MEDYCZNE WRAZ Z NUMERAMI TELEFONÓW DO REJESTRACJI:**

* + - 1. **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

***/ proszę wskazać nazwę, adres, numer telefonu do rejestracji/***

* + - 1. **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

***/ proszę wskazać nazwę, adres, numer telefonu do rejestracji/***

|  |
| --- |
| 1. Oferuję(emy) wykonanie niniejszego zamówienia w terminie: **do dnia 30.08.2018r., z zastrzeżeniem pkt 1 i 2 oraz z zastrzeżeniem rozdziału XVIII ust. 3 i ust. 16 pkt 2.,**
	1. rozpoczęcie świadczenia usług: **w ciągu 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy,**
		1. zakończenie świadczenia usług: **30.08.2018r.**
2. Oświadczam(y), że posiadam(y) uprawnienia do wykonywania działalności obejmującej przedmiot niniejszego zamówienia.
3. Oświadczam(y), że akceptuję(emy) warunki płatności, tj. **14 dni** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT, dostarczonej Zamawiającemu wraz z załączonym wykazem wykonanych badań oraz imiennym wykazem osób, na rzecz których te badania zostały wykonane.
4. Określone w kolumnie nr 3 niniejszego formularza ofertowego **ilości usług są szacunkowe i mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb Zamawiającego, na co Wykonawca wyraża zgodę i nie będzie rościł sobie prawa do dochodzenia odszkodowania z tytułu zmian ilości usług w trakcie realizacji zamówienia (w szczególności z tytułu wykonania mniejszej liczby badań, niż określona w formularzu ofertowym ). Ilość usług została określona na czas obowiązywania umowy.**
5. Zamówienie wykonam(y) samodzielnie / zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom (*niepotrzebne skreślić*).
6. Część zamówienia (*określić zakres*)…………………………………………………………………………

……………………………………………………………….. zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom.1. Nazwy (firmy) podwykonawców, na których zasoby powołuję(emy) się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy………………………………………………………………………………………………………
2. Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się z warunkami określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę(imy) do niech zastrzeżeń oraz przyjmuję(emy) warunki w niej zawarte.
3. W przypadku udzielenia zamówienia zobowiązuję(emy) się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam(y), że jeżeli w okresie związania ofertą nastąpią jakiekolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w naszych dokumentach załączonych do oferty, natychmiast poinformuję(emy) o nich Zamawiającego.
5. Oświadczam(y), że jestem(śmy) związany(i) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oferta wraz z załącznikami została złożona na …………….. stronach.
7. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
	1. ……………………………………………………………………………………………………….
	2. ………………………………………………………………………………………………………
 |
| **Osobą(ami) upoważnioną(nymi) do kontaktów z Zamawiającym w czasie trwania postępowania o udzielenie zamówienia jest (są): ……………………………………tel.: ………………, e-mail: ………………………………** |

**PODPIS(Y):**

**........................................................................................................**

 **(miejscowość, data, podpis(y))\***

\*Podpis(y) i pieczątka(i) imienna(e) osoby(osób) umocowanej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z:

* + 1. zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy (osoby wskazane we właściwym rejestrze lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP) LUB
		2. pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.