Wrocław, dnia 12.10.2021r.

**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

na**„świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR”.**

### Formularz ofertowy

Nazwa Wykonawcy ………............................................................

Siedziba Wykonawcy .......................................................

nr telefonu / fax ........................................................................................

Adres e-mail ............................................................

NIP …......................................................................................

REGON ..........................................................................................

do: nazwa i siedziba Zamawiającego:

**Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa
Dolnośląski Oddział Regionalny
ul. Giełdowa 8, 52-438 Wrocław
tel. 071 369 74 00 fax. 071 364 37 02**

Nawiązując do zapytania ofertowego na „świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR” oferujemy wykonanie ww. przedmiotu zamówienia wg poniższych warunków:

1. Wartość przedmiotu zamówienia **brutto** za wykonanie usługi (wraz ze wszystkimi kosztami związanymi z realizacją przedmiotu zamówienia):
	1. **………………………. zł**; słownie: …………………………………………. złotych **(należy wpisać wartość zamówienia z wartości brutto sumy kolumny 5 z poniższej tabeli)**
2. Podane ceny zawierają wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

Oferujemy realizację zamówienia za ceny określone w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres badania** | **Przewidywana liczba osób do badań** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość brutto****{3 x 4}** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | badania wstępne wraz z wydaniem orzeczenia (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: orzecznik+ okulista) | 55 |  |  |
|  | badania wstępne wraz z wydaniem orzeczenia (stanowiska kierownicze) *(praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h: orzecznik+ okulista+ekg+ cholesterol)* | 5 |  |  |
|  | badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia *(praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h)* | 192 |  |  |
|  | badania okresowe wraz z wydaniem orzeczenia (stanowisko kierownicze) *(stanowiska kierownicze) (praca adm.-biurowa, przy komp. powyżej 4h)* | 39 |  |  |
|  | badania kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia *(orzecznik)* | 34 |  |  |
|  | badania kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia (stanowisko kierownicze) *(orzecznik)* | 2 |  |  |
|  | badania okulistyczne *(tylko z orzecznikiem, traktowane jako przyśpieszone badania okresowe)*  | 110 |  |  |
|  | kontrolne badania okulistyczne w związku z pogorszeniem wzroku- wraz z wystawieniem recepty | 10 |  |  |
|  | szczepienia ochronne dla pracowników p. tężcowe | 10 |  |  |
|  | szczepienia ochronne dla pracowników p. kleszczowemu zapaleniu mózgu | 20 |  |  |
|  | badania w zakresie boreliozy *(Borelioza IgG i IgM)* | 4 |  |  |
|  | badania dodatkowe w zakresie boreliozy *(Borelioza IgG i IgM met. western-blot)* | 4 |  |  |
| **14.** | psychotesty wraz z wydaniem orzeczenia *(orzecznik, okulista, neurolog, glukoza, psychotesty)* | 98 |  |  |
| **15.** | psychotesty wraz z wydaniem orzeczenia *(orzecznik, okulista, neurolog, glukoza, psychotesty) + ekg jeżeli pac. Jest powyżej 50rż.*  | 4  |  |  |
| **16.** | badania do celów sanitarno–epidemiologicznych związanych z wydaniem zaświadczenia lub uaktualnieniem książeczek sanitarno–epidemiologicznych *(orzecznik)* | 46 |  |  |
| **17.** | badania do celów sanitarno – epidemiologicznych związanych z badaniem kału *(orzecznik + badania kału)* | 15 |  |  |
| **18.** | Badania specjalistyczne (wymagane do orzecznictwa z zakresu medycyny pracy) np. okulistyki | **30** |  |  |
| **19.** | Badania specjalistyczne (wymagane do orzecznictwa z zakresu medycyny pracy) np. laryngologii | **30** |  |  |
| **20.** | Badania specjalistyczne (wymagane do orzecznictwa z zakresu medycyny pracy) np. laryngologii | **30** |  |  |
| **21.** | USG wątroby | **20** |  |  |
| **22.** | Bbc IgM | **20** |  |  |
| **23.** | Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) | **20** |  |  |
| **24.** | Badania TSH i aktywność cholinoesterazy krwinkowej | **20** |  |  |
| **25** | Ustalanie okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy, wypadku zrównanym z wypadkiem przy pracy w drodze do/z pracy | **1** |  |  |
| **26.** | Udział lekarza w komisji BHP | 4 posiedzenia |  |  |

Oświadczam, że:

1. zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i umowy oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia,
2. jesteśmy uprawnieni do wykonywania ww. usług, posiadamy wiedzę, doświadczenie, kwalifikacje w tym zakresie.
3. wyrażamy zgodę na zawarcie umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
4. czujemy się związani ofertą przez 30 dni,
5. w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego tj. od 03.01.2022 r. do 31.12.2022 r.
6. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis części zamówienia, którą Wykonawca zamierza powierzyć do realizacji przez podwykonawcę | Nazwa podwykonawcy |
| 1. | Badania psychologiczne |  |

 **(brak wpisu 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. ………………………………………………………………….

**8. Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:**

1. Dokument potwierdzający posiadanie odpowiednich uprawnień dot. prowadzenia działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego.
2. *załącznik nr 2 – opis stanowisk oraz warunków pracy pracowników*
3. *załącznik nr 3a – wykaz zakładów opieki zdrowotnej wymaganych oraz dodatkowych*
4. *załącznik nr 4 – wzór umowy*
5. *załącznik nr 5 – oświadczenie dot. Klauzuli Informacyjnej z art. 13. RODO*

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

*imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*

Na potrzeby postępowania pn.: **„świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy pracowników zatrudnionych w placówkach ARiMR na terenie Dolnośląskiego Oddziału Regionalnego ARiMR”** prowadzonego przez Dolnośląski OR ARiMR na podstawie art. 2 ust.1 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.) oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1[[1]](#endnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.2**[[2]](#endnote-2)**

*\* niepotrzebne skreślić*

\*\* *jeżeli dotyczy*

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1). [↑](#endnote-ref-1)
2. 2 W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#endnote-ref-2)