*Załącznik nr* *1 do Zaproszenia*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAMAWIAJĄCY: Wojewódzki Inspektorat Transportu Drogowego w Łodzi**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe z dnia ..................................... składam niniejszą ofertę na:

***„******Świadczenie usług zdrowotnych z zakresu medycyny pracy na rzecz Wojewódzkiego Inspektoratu Transportu Drogowego w Łodzi.”***

1. ***Dane Wykonawcy:***

Nazwa firmy/Nazwisko i Imię ……………...…………………………………………………….………

Adres:………………………………………………………………………………………………………….……..

tel. …………………………………………………………………………………………………….….……………

e-mail …………………………………………………………………………..……………………………………

nr RPWDL…………………………………………………………………………………………………………..

NIP: ………………………………………………… REGON ………………………….…………………………

1. ***Zobowiązania Wykonawcy:***

Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym za niżej wymienionym

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena w brutto w zł****za badanie 1 osoby** |
| **1** | Badania wstępne pracowników administracji do 50r. życia |  |
| **2** | Badania okresowe pracowników administracji do 50r. życia  |  |
| **3** | Badania kontrolne pracowników administracji do 50r. życia |  |
| **4** | Badania wstępne pracowników administracji po 50r. życia |  |
| **5** | Badania okresowe pracowników administracji po 50r. życia |  |
| **6** | Badania kontrolne pracowników administracji po 50r. życia   |  |
| **7** | Badanie wstępne inspektorów transportu drogowego |  |
| **8** | Badanie okresowe inspektorów transportu drogowego |  |
| **9** | Badania kontrolne inspektorów transportu drogowego |  |
| **10** | Badanie kierowcy stwierdzające brak lub istnienie przeciwskazań do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi **Lekarz uprawniony + o + l + glu + EKG** |  |
| **11** | Badanie psychologiczne |  |
| **12** | Badanie kierowcy stwierdzające brak lub istnienie przeciwskazań do kierowania pojazdami służbowymi **Lekarz uprawniony + o + n + glu** |  |
| **11** | Badanie psychologiczne |  |

**TABELA 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena brutto w zł****za badanie 1 osoby** |
| **1** | Badania profilaktyczne |  |
| **2** | Badanie okulistyczne  |  |
| **3** | Badanie laryngologiczne |  |
| **4** | Badanie neurologiczne |  |
| **5** | RTG klatki piersiowej |  |
| **6** | Morfologia z pełnym rozdziałem granulocytów |  |
| **7** | Glukoza (Cukier we krwi) |  |
| **8** | Badanie ogólne moczu |  |
| **9** | Cholesterol całkowity |  |
| **10** | Trójglicerydy |  |
| **11** | EKG |  |
| **12** | Badania przez lekarza uprawnionego |  |
| **13** | Inne badania nie wymienione wyżej, a wymagane zgodnie z przepisami prawa do wydania orzeczeń lekarskich w badaniach wskazanych w tabeli nr 1 wnosi aby Wykonawca podał rodzaj badania) |  |

*Oświadczamy, że:*

1. *Jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,*
2. *Posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,*
3. *Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie, potencjał ekonomiczny i techniczny, a także pracowników zdolnych do wykonania niniejszego zamówienia,*
4. *Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotowego zamówienia*
5. *Zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.*

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. Formularz ofertowy – załącznik nr 1
2. Wzór umowy – załącznik nr 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *data podpis Wykonawcy*