Załącznik nr 1

do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla pracowników PSSE w Krakowie,

reprezentując firmę (nazwa firmy, adres):

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

oświadczam, że:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj stanowiska/ zakres badań** | **Cena z analityką** | **Cena bez analityki** | **Czas oczekiwania na badanie** |
|  | **Stanowisko techniczne:**- morfologia krwi, OB, mocz - badanie ogólne,- badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy**Sprzątaczki.** **Czynnik biologiczny:** Escherichia coli, Salmonella**Inne czynniki:** praca na drabinie do 1 m,możliwość przeprowadzenia badań dla pracowników, którzy na podstawie umowy ryczałtowej mogą kierować samochodem (kierowanie pojazdem kat. B) |   |   |   |
| 1.
 | **Stanowisko biurowe (praca przy komputerze):**- morfologia krwi, OB, mocz - badanie ogólne,- badanie okulistyczne oraz ewentualne wydanie zaświadczenia o konieczności stosowania okularów korygujących wzrok dla pracowników obsługujących monitory ekranowe, - badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy**Pracownicy administracyjno – biurowi****Czynnik niebezpieczny:** stres, **Archiwista:** **Czynnik biologiczny:** Penicillium spp/pędzlak, Chaetomium spp - grzyb mogący wystąpić w starym papierze, Stachybotrys chartarum – grzyb mogący wystąpić w starym papierze, **Inne czynniki:** stres, praca na drabinie do 1 m.**Pracownicy wykonujący czynności kontrolne:** **Oddział Epidemiologii:** **Inne czynniki:** stres**Sekcja Zwalczania Chorób Zakaźnych:** **Czynnik biologiczny:** Wirus odry (Morbillivirus), Krztusiec (Bordetella pertussis), Wirusy wywołujące nieżyt żołądkowo - jelitowe (Rotavirus, Norovirus), Prątki gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis)**Oddział Higieny Komunalnej:** **Inne czynniki:** stres, kierowanie **Czynnik biologiczny:** Legionella bozemanae – dotyczy pracowników dokonujących poboru prób wody**Oddział Higieny Żywności i Żywienia:** **Inne czynniki:** stres, praca powyżej 1 m – dotyczy pracowników kontrolujących TIR-y**Pozostali pracownicy:** **Inne czynniki:** stres.Możliwość przeprowadzenia badań dla pracowników, którzy na podstawie umowy ryczałtowej mogą kierować samochodem (kierowanie pojazdem kat. B) – dotyczy wszystkich stanowisk wymienionych w grupie. |   |   |   |
| 1.
 | **Praca na stanowisku decyzyjnym (+praca przy komputerze*)***- EKG spoczynkowe, cholesterol - wymagane,- morfologia krwi, OB, mocz - badanie ogólne,  - badanie okulistyczne oraz ewentualne wydanie zaświadczenia o konieczności stosowania okularów korygujących wzrok dla pracowników obsługujących monitory ekranowe, - badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy**Inne czynniki:** stres,możliwość przeprowadzenia badań dla pracowników, którzy na podstawie umowy ryczałtowej mogą kierować samochodem (kierowanie pojazdem kat. B)**Kierownik** **Sekcji Zwalczania Chorób Zakaźnych:** **Czynnik biologiczny:** Wirus odry (Morbillivirus), Krztusiec (Bordetella pertussis), Wirusy wywołujące nieżyt żołądkowo - jelitowe (Rotavirus, Norovirus), Prątki gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis) |   |   |   |
| 1.
 | **Stanowisko techniczne (praca na wysokości pow. 3 m):**- morfologia krwi, OB, mocz - badanie ogólne, - badanie okulistyczne, - badanie laryngologiczne, - badanie neurologiczne, - badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy**Konserwatorzy:** **Inne czynniki:** praca na drabinie powyżej 1 m, obsługa elektronarzędzi, wysiłek fizyczny/dźwiganie ciężarów do 30 kg – dorywczo,możliwość przeprowadzenia badań dla pracowników, którzy na podstawie umowy ryczałtowej mogą kierować samochodem (kierowanie pojazdem kat. B)**Czynnik biologiczny:** Pałeczka legionellozy |   |   |   |
| 1.
 | **Kierowca pojazdu służbowego kat. B – badanie wstępne:**- morfologia krwi, OB, mocz - badanie ogólne, poziom glukozy we krwi, - badanie neurologiczne, - badanie okulistyczne, - badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych (i badań kierowców) z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy **Inne czynniki:** wysiłek fizyczny/dźwiganie ciężarów do 15 kg - dorywczo, stres |   |   |   |
| **Badanie psychologiczne** w czasie badań wstępnych  |  |  |  |
| 1.
 | **Kierowca pojazdu służbowego kat. B – badanie okresowe**- morfologia krwi, OB, mocz - badanie ogólne, poziom glukozy we krwi, - badanie okulistyczne, - badanie widzenia zmierzchowego, - badanie lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych (i badań kierowców) z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy**Inne czynniki:** wysiłek fizyczny/dźwiganie ciężarów do 15 kg - dorywczo, stres |   |   |   |
| **Badanie psychologiczne** w czasie badań okresowych |   |   |   |
| 1.
 | **Badanie kontrolne** (po zwolnieniu chorobowym pow. 30 dni)   |   |   |   |
| 1.
 | **Badania sanitarno-epidemiologiczne** |   |   |   |

**Dni i godziny pracy przychodni ………………………………………………………………**

1. Stwierdzam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam, że:
3. posiadam wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonywania zamówienia;
4. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek ich posiadania;
5. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
6. zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i nie wnoszę zastrzeżeń,
7. wyrażam zgodę na dochowanie 30 dniowego terminu związania z ofertą. (liczonego od terminu składania ofert).

Miejscowość i data:........................................................

 (podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)