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

 *(pieczęć adresowa wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTY**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy na potrzeby Powiatowej Stacji sanitarno-Epidemiologicznej w Kaliszu, ul. Kościuszki 6, 62-800 Kalisz obejmujących świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz świadczenie usług medycznych z zakresu badań okulistycznych w ramach medycyny pracy**,** my jako firma:

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

*nazwa firmy*

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

*adres firmy*

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

*telefon, fax*

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

*adres strony internetowej*

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

*adres e-mail*

…………………………………………………………….....……….… ……………………………...……………………………………….… *NIP REGON*

oferujemy spełnienie przedmiotu zamówienia za cenę brutto (cena za 1 osobę):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I** | RODZAJ BADANIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY | **CENA*****(w PLN za 1 os.)*** |
| 1 | badanie z zakresu medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia o zdolności do pracy (wstępne, okresowe) |  |
| 2 | badanie z zakresu medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia o zdolności do pracy (kontrolne) |  |
| 3 | badanie z zakresu medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia dla celów sanitarno-epidemiologicznych |  |
| 4 | badanie z zakresu medycyny pracy z wydaniem zaświadczeń o zdolności do pracy i dla celów sanitarno-epidemiologicznych w czasie jednej wizyty |  |
| 5 | przegląd stanowisk pracy  |  |
| **II.** | **BADANIE LEKARZY SPECJALISTÓW:** |  |
| 1 | okulisty |  |
| 2 | neurologa |  |
| 3 | laryngologa |  |
| 4 | badanie EKG |  |
| **III.** | **BADANIA LABORATORYJNE:** |  |
| 1 | morfologia |  |
| 2 | badanie OB |  |
| 3 | badanie ogólne moczu |  |
| 4 | glukoza |  |
| 5 | cholesterol |  |
| **IV.** | **BADANIA KIEROWCÓW:**  |  |
| 1 | badanie lekarza uprawnionego do badań kierowców kat. B(w tym w trybie odwoławczym oraz pojazd uprzywilejowany) |  |
| 2 | badanie psychologiczne kierowcy (kat. B) |  |

**Termin realizacji zamówienia**: *do 31 grudnia 2023 roku.*

**Stan zatrudnienia** na dzień 16 listopada 2022 roku: *95 pracowników (w tym 4 kierowców)*

**Warunki płatności:** Wyrażamy zgodę na otrzymanie należności w ciągu **30** dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionych rachunków / faktur VAT na rachunek bankowy Wykonawcy d

**Miejsce wykonywania badań:**

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

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

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

**PONADTO OŚWIADCZAMY ŻE:**

1. w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. uważamy się za związanych ofertą przez 30 dni od dnia, w którym upływa termin składania ofert;
3. otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty;
4. osoby skierowane do realizacji zamówienia nie były nigdy karane za naruszenie prawa;
5. w przypadku wyboru naszej oferty, osobami uprawnionymi do podpisywania umowy są:

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

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

**Osobą upoważnioną do kontaktów** z Zamawiającym, w toku toczącego się postępowania o udzielenie zamówienia publicznego jest:

Pani: Alina Łukacka

Stanowisko służbowe: Kierownik Sekcji Kadr i Szkoleń

tel.: 62 7677630

fax: 62 7677642

e-mail: psse.kalisz@pis.gov.pl

**Ofertę niniejszą składamy na** ........................... kolejno ponumerowanych stronach.

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

* …………………………………………………………………………..……………………….
* …………………………………………………………………………..……………………….
* …………………………………………………………………………..……………………….

**Świadomi treści art. 297 Kodeksu karnego, oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i aktualny na dzień składania ofert.**

………………………………. , dnia ………………………………..…………

 *miejscowość data*

 ………………………………..………………………………………

Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących

w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań w imieniu oferenta lub we właściwym umocowaniu