Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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

NIP:……………………………………….

REGON:……………………………………

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym:

Imię i Nazwisko: …………………………….………………………………………………………

Stanowisko: ………………………………..…………...……………………………………………

Nr telefonu: ……………………………………..…...………………………………………………

E-mail: ……………………………………………...……..…………………………………………

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert na **świadczenie usług z medycznych w zakresie medycyny pracy w Regionalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska w Warszawie**, oferujemy następujące stawki ryczałtowe:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Liczba usług** | **Badania wchodzące w zakres usługi** | **Cena netto** | **Vat** | **Cena Brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Uwagi** | **Czas realizacji (dni)** |
| 1 | Badania wstępne | 40 |  | 00,0 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 2 | Badania okresowe | 50 |  | 00,0 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 3 | Badania kontrolne | 20 |  | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 4 | Badania lekarskie pracowników korzystających z samochodów służbowych | 35 |   | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 5 | Szczepienie przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (dawka przypominająca) | 20 |   | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 6 | Szczepienie przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (dawka pierwotna) | 15 |   | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 7 | Badania dodatkowe wynikające z zakresu medycyny pracy (proszę uzupełnić jakie, np. EKG ): |
| 7.1 | ......................................... | 4 | n/d | 0,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| ... | ......................................... | 4 | n/d | 0,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| ... | ......................................... | 4 | n/d | 0,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
|  | **Wartość łącznie (suma pozycji 1 – 7)** | **0,00 zł** | **0,00 zł** |  |  |
|  | Wypełnia osoba składająca ofertę |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczamy, że:

* 1. Prowadzimy działalność gospodarcza w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych i posiadamy wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzony przez uprawniony organ,
	2. Placówki wykonawcy spełniają wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 402),
	3. Posiadamy umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866), aktualną na dzień składania oferty. Jednocześnie zobowiązujemy się do utrzymania umowy ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim, przez cały okres świadczonych na rzecz Zamawiającego usług medycznych, tj. do 31.07.2026 r.,
	4. Oświadczamy, że gabinety lekarskie w których będą odbywały się badania medycyny pracy oraz punkty pobrań materiałów do badań znajdują się w jednej lokalizacji na terenie m.st. Warszawy oraz miast: Radom, Ciechanów, Płock, Siedlce i Ostrołęka,
	5. Przedmiot zamówienia wykonamy siłami własnymi\*,
	6. Powierzymy następującym podwykonawcom realizację następujących części zamówienia\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa (firma) podwykonawcy | Część (zakres) przedmiotu zamówienia powierzony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

**Uwagi:**

………………………………………………………………………………………………………

**Do oferty załączono:**

1. Wykaz placówek Wykonawcy;
2. Zasady świadczenia usług medycyny pracy
3. Wzór skierowania na badania
4. ……….

 .................................... , dnia ..................................

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

*( podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy )*