***Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego***

 ***(Załącznik nr 2 do Umowy nr ………/………. z dnia …………. r.)***

**FORMULARZ OFERTY**

**Znak sprawy:** **ZER-WKO-4/2019**

|  |
| --- |
| *………………………………………………………**pieczęć Wykonawcy/Pełnomocnika Wykonawcy* |

**Wykonawca\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | ……………………………………………………………………………………………… |
| **Numer identyfikacji podatkowej VAT:** | ……………………………………………… |
| **Adres pocztowy:**  | ……………………………………………… |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:****Faks:** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***\*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców***

W przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą:

Pan/-i …………………….……., zamieszkały/-a w ………..…….. (kod pocztowy ………..) przy
ul. ………………………. nr…., posługujący/-a się numerem PESEL: ……………………….

**OFERTA**

**dla Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**ul. Pawińskiego 17/21, 02-106 Warszawa**

W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe **na** „***świadczenie usług medycznych na rzecz kandydatów
do pracy, pracowników i stażystów dla Zespołu terenowego Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA w Poznaniu i Lesznie oraz dla komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych w Poznaniu***” **składam(y) niniejszą ofertę oświadczając, że:**

1. Oferuję(emy) wykonanie całego zamówienia (PAKIET NR 1 i PAKIET NR 2) zgodnie
z wymaganiami określonymi w Opisie przedmiotu zamówienia, stanowiącym *Załącznik
nr 1* do Zapytania ofertowego za:

**cenę netto (bez podatku VAT): …………………………… PLN\***

**cenę brutto (z podatkiem VAT): ………………………….. PLN\*\***

słownie: ……………………………………………………………………….…… …/100

***\* ŁĄCZNA CENA OFERTY NETTO – PAKIET NR 1 + PAKIET NR 2 (łączna cena oferty bez podatku VAT),***

***\*\* ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO – PAKIET NR 1 + PAKIET NR 2 (suma pozycji brutto od nr 1 do nr 40).***

1. Oferuję(emy) wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z poniższym wyszczególnieniem:

| Lp. | Nazwa usługi / badania | Szacunkowa liczba pracowników kierowanych na badania lekarskie w okresie trwania Umowy | Cena jednostkowa netto | Wartość netto\*/kolumna 3 x 4/ | Stawka podatku VAT w % \*\* | Wartość VAT\* | Cena oferty brutto\*/kolumna 5+7/ |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
| **PAKIET NR 1 - USŁUGI FINANSOWANE Z ROZDZIAŁU 75301** |
| 1. | Badanie profilaktyczne – wstępne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 9 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 2. | Badanie profilaktyczne – okresowe wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 15 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 3. | Badanie profilaktyczne – kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 10 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 4. | Dodatkowe badanie konsultacyjne – okulistyczne zlecane w każdym czasie poza badaniami profilaktycznymi | 9 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 5. | Konsultacje specjalistyczne - okulistyczne | 25 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 6. | Konsultacje specjalistyczne - laryngologiczne | 5 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 7. | Konsultacje specjalistyczne - neurologiczna | 5 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 8. | Konsultacje specjalistyczne - ortopedyczne | 5 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 9. | Morfologia z rozmazem | 25 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 10. | OB | 25 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 11. | Cukier | 25 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 12. | Ogólne badanie moczu + osad | 25 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 13. | Audiometria | 5 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 14. | Spirometria | 5 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 15. | EKG z opisem | 10 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 16. | RTG klatki piersiowej z opisem | 6 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 17. | Lipidogram | 6 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 18. | Badanie osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 15 i art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.), | 2 | ………….. | ………… | ……… | ……… | ………… |
| -------------------------------- | Szacunkowa liczba spotkań członków komisji ds. bezpieczeństwa i higieny pracy/*przewidywany czas trwania jednego spotkania – 1 godz*./ | -------------------------------------------------------------------- |
| 19. | Udział lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami i stażystami, w charakterze członka, w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy, w opracowywaniu oceny ryzyka zawodowego, w opiniowaniu spraw związanych z wypadkami przy pracy (ryczałt kwartalny). | 12 | …………. | ………… | ……… | ……… | ………… |
| ŁĄCZNA CENA BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 19)\*: | ………….. |
| *ŁĄCZNA CENA BRUTTO – SŁOWNIE*\* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …/100 |
| 20. | 20% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (*20% należy wyliczyć od sumy poz. od nr 1 do nr 19*) | …………. |
| **CENA OFERTY BRUTTO (suma pozycji od nr 1 do nr 19 + wartość z pozycji nr 20)\*:** | **……………** |
| ***CENA OFERTY BRUTTO – SŁOWNIE*\* …………………………..…………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………… …/100** |
| **PAKIET NR 2 - USŁUGI FINANSOWANE Z ROZDZIAŁU 75495** |
| 21. | Badanie profilaktyczne – wstępne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 12 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 22. | Badanie profilaktyczne – okresowe wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 18 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 23. | Badanie profilaktyczne – kontrolne wraz z wydaniem orzeczenia przez lekarza medycyny pracy | 12 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 24. | Dodatkowe badanie konsultacyjne – okulistyczne zlecane w każdym czasie poza badaniami profilaktycznymi | 9 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 25. | Konsultacje specjalistyczne -okulistyczne | 33 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 26. | Konsultacje specjalistyczne - laryngologiczne | 6 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 27. | Konsultacje specjalistyczne -neurologiczna | 5 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 28. | Konsultacje specjalistyczne –ortopedyczne | 5 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 29. | Morfologia z rozmazem | 33 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 30. | OB | 33 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 31. | Cukier | 33 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 32. | Ogólne badanie moczu + osad | 33 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 33. | Audiometria | 6 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 34. | Spirometria | 6 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 35. | EKG z opisem | 10 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 36. | RTG klatki piersiowej z opisem | 6 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 37. | Lipidogram | 6 | ………….. | ………… | ……… | ……… | …………… |
| 38. | Badanie osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 15 i art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.). | 2 | ………….. | ………… | ……… | ……… | ………… |
| -------------------------------- | Szacunkowa liczba spotkań członków komisji ds. bezpieczeństwa i higieny pracy/*przewidywany czas trwania jednego spotkania – 1 godz*./ | -------------------------------------------------------------------- |
| 39. | Udział lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikamii stażystami, w charakterze członka, w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy, w opracowywaniu oceny ryzyka zawodowego, w opiniowaniu spraw związanych z wypadkami przy pracy(ryczałt kwartalny) | 12 | …………. | ………… | ……… | ……… | ………… |
| ŁĄCZNA CENA BRUTTO (suma pozycji od nr 21 do nr 39)\*: | ………….. |
| *ŁĄCZNA CENA BRUTTO – SŁOWNIE*\* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …/100 |
| 40. | 10% wartości ceny brutto na usługi medyczne nieprzewidziane w niniejszym formularzu (*10% należy wyliczyć od sumy poz. od nr 21 do nr 39*) | …………. |
| **CENA OFERTY BRUTTO (suma pozycji od nr 21 do nr 39 + wartość z pozycji nr 40)\*:** | **……………** |
| ***CENA OFERTY BRUTTO – SŁOWNIE*\* …………………………..…………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………… …/100** |
| **ŁĄCZNA CENA OFERTY BRUTTO – PAKIET NR 1 + PAKIET NR 2 (suma pozycji od nr 1 do nr 40)\*:** | **……………** |

**Uwaga!**

***\** Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku,**

**\*\* Wykonawca zobowiązany jest podać podstawę prawną zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa lub zwolnienia z ww. podatku,**

**\*\*\*Zamawiający odrzuci oferty, w których Wykonawcy zaoferują ceny jednostkowe netto o wartości „0” (definicję ceny zawiera ustawa z dnia 9 maja 2014r. *o informowaniu o cenach towarów i usług* (Dz. U. z 2019 r. poz. 178 t.j.).**

**Podstawa prawna zastosowania stawki podatku od towarów i usług (VAT) innej niż stawka podstawowa
lub zwolnienia z podatku od towarów i usług (VAT) ………....……… (*jeśli dotyczy*)**

1. Określone w kolumnie nr 3 niniejszego formularza ofertowego **ilości usług są szacunkowe
i mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb Zamawiającego, na co Wykonawca wyraża zgodę i nie będzie rościł sobie prawa do dochodzenia odszkodowania z tytułu zmian ilości usług
w trakcie realizacji zamówienia (w szczególności z tytułu wykonania mniejszej liczby badań, niż określona w tabeli Formularza oferty). Ilość usług została określona orientacyjnie na czas obowiązywania Umowy**.
2. Osoby upoważnione do kontaktów i współpracy przy realizacji umowy:

1. ………………………………………………………………………………………………………

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych, adres e-mail/*

2. ………………………………………………………………………………………………………

*/proszę wskazać imiona i nazwiska, stanowiska i nr telefonów kontaktowych, adres e-mail/*

1. Wykaz placówek, w których będą świadczone usługi medyczne wraz z numerami telefonów do rejestracji:
	* + 1. ……………………………………………………………………………………………………...

*/proszę wskazać nazwę, adres, numer telefonu do rejestracji/*

* + - 1. ……………………………………………………………………………………………………...

*/proszę wskazać nazwę, adres, numer telefonu do rejestracji/*

1. Wadium wpłacone w pieniądzu należy zwrócić na rachunek bankowy w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nr rachunku bankowego Wykonawcy do realizacji płatności w ramach umowy: ………………………………………………………………………………………………
3. Zamówienie zrealizuję(emy):

**[ ] [[1]](#footnote-1) BEZ** udziału podwykonawców;

**[ ] 1** z udziałem niżej wskazanych podwykonawców:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone podwykonawcy |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. Cena wskazana w pkt 1 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający na rzecz Wykonawcy w związku z realizacją zamówienia w przypadku wyboru mojej/naszej oferty. Cena wskazana
w pkt 1 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający na rzecz Wykonawcy w związku z realizacją zamówienia w przypadku wyboru mojej/naszej oferty.
2. Zamówienie zrealizuję(emy) w terminie wymaganym przez Zamawiającego, na zasadach określonych we Wzorze umowy i w Opisie przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam(y), że akceptuję(emy) warunki rozliczeń określone w pkt 4 Zapytania ofertowego.
4. Zapoznałem(liśmy) się ze Wzorem umowy, który jest integralną częścią Zapytania ofertowego
i akceptuję(emy) go bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję(emy) się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na określonych przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oferta jest dla Mnie/Nas wiążąca przez okres 30 dni od daty ustalonej na złożenie oferty.
6. Oświadczam(y), że:

**[ ] [[2]](#footnote-2)** jestem(śmy)

**[ ] 2** nie jestem(śmy)

małym lub średnim przedsiębiorstwem.

*(mały przedsiębiorca oznacza przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorcą; średni przedsiębiorca oznacza przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą; Informacje wymagane wyłącznie do celów statystycznych..*

1. Do oferty załączam(y) następujące dokumenty:
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………….(miejscowość i data) | .…………..………….…………………………………..….(podpis i imienna pieczątka uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy) |

1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-2)