**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

**3017-7.262.24.2024**

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA FIRMY:

…………………………………………………………………………………………………

REGON FIRMY: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

NIP FIRMY: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

ADRES FIRMY: kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, województwo:

…. - …….. : ………………………………………… : …………………………………… ;

………. : ……… ……………………………………………………………

Kontakt: e-mail: ...........................@................................................

numer kierunkowy: ………. tel. …………………………

*Do:* ***ZAMAWIAJĄCEGO*** *-* ***Prokuratura Okręgowa w Krakowie, ul. Mosiężnicza 2, 30-965 Kraków***

1. W nawiązaniu do zapytania ofertowego nr 3017-7.262.24.2024 na: „Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i kandydatami do pracy w Prokuraturze Okręgowej w Krakowie i jednostkach podległych” oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena ofertowa netto w zł** | **Stawka podatku VAT (%)** | **Stawka podatku VAT (zł)** | **Cena ofertowa brutto w zł** |
|  |  |  |  |

Wyliczoną według poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **wybrana ilość badań i konsultacji wykonanych w roku 2023** | **Cena jedn. brutto** | **wartość brutto** |
| 1 | Konsultacja lekarza medycyny pracy | 327 |  | - zł |
| 2 | Wydanie zaświadczenia lekarskiego na podstawie dokumentacji medycznej | 334 |  | - zł |
| 3 | Konsultacja lekarza neurologa | 3 |  | - zł |
| 4 | Konsultacja lekarza laryngologa | 4 |  | - zł |
| 5 | Udział lekarza medycyny pracy w Komisji BHP (4 w roku) | 1 |  | - zł |
| 6 | Glukoza | 16 |  | - zł |
| 7 | Glukoza test paskowy | 9 |  | - zł |
| 8 | Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) | 136 |  | - zł |
| 9 | Konsultacja lekarza okulisty | 36 |  | - zł |
| 10 | Konsultacja kardiologiczna | 3 |  | - zł |
| 11 | Konsultacja lekarza pulmonologa | 1 |  |  |
| 12 | Badanie pola widzenia | 4 |  | - zł |
| 13 | Badanie widzenia zmierzchowego i wrażliwość olśnienia | 30 |  | - zł |
| 14 | Konsultacja psychologiczna kierowców | 2 |  | - zł |
| 15 | Badanie EKG+wysiłkowe | 162 |  | - zł |
| 16 | Spirometria | 8 |  | - zł |
| 17 | Badanie audiometryczne | 2 |  | - zł |
| 18 | Porada psychiatry | 2 |  | - zł |
| 19 | Badania psychologiczne prokuratorów | 1 |  | - zł |
|  |  |  | **RAZEM** | **- zł** |

Uwaga! Ilości wskazane powyżej posiadają wyłącznie zastosowanie kalkulacyjne w oparciu o wybrane badania i konsultacje wykonane w 2023 r. i w żadnym wypadku nie stanowią zobowiązania Zamawiającego. Wyliczona w ten sposób cena w komórce "Razem" posłuży tylko do wybrania najkorzystniejszej oferty. Rzeczywista ilość badań w trakcie realizacji umowy wynikać będzie wyłącznie z bieżących potrzeb. Faktyczne wynagrodzenie za wykonane usługi dokonywana będzie na podstawie cen jednostkowych.

1. Zobowiązujemy się do wykonania zamówienia w terminach wymaganych przez Zamawiającego.
2. **Oświadczam, że:**

* **zapoznaliśmy się** z warunkami realizacji zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,
* **zapoznaliśmy się** z Projektem umowy, stanowiącymi załącznik nr 3 do zapytania ofertowego,
* **zdobyliśmy** konieczne informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty,
* **jesteśmy związani** niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym, tj. 30 dni,
* **wypełniłam/em/wypełniliśmy** obwiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa poprzez jego wykreślenie.*

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego zapytania należy kierować do:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………….

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

Adres e-mail :………………………………………………………………………..

1. Miejsce świadczenia usług / wykonywania wszystkich badań: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. *(proszę podać adres)*
2. DANE DO UMOWY:

**Osoba(y), które będą zawierały umowę w imieniu Wykonawcy:**

Imię i Nazwisko / Funkcja ……………………………….…… - …………………………..……………

**Osoba podpisująca umowę dysponuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym: …………… [tak/nie – należy wpisać w wykropkowanym miejscu)**

Informacja: jeżeli osoba podpisująca umowę nie dysponuje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, umowa będzie zawierana tradycyjnie, za pomocą złożenia własnoręcznego podpisu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ - \_\_ - 2024 roku *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy)*