Załącznik nr 1 do

Zapytania ofertowego

FORMULARZ OFERTY

I. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich

ul. Bpa Nankera 103

41-949 Piekary Śląskie

tel. 32 287-95-03 w.643

[www.mopr.piekary.pl](http://www.mopr.piekary.pl/)

II. Nazwa przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług w zakresie medycyny pracy wraz z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi dla kandydatów do pracy oraz pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich, których Zamawiający jest realizatorem.

III. Nazwa i adres WYKONAWCY:

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

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

tel/e-mail. .................................................................................

NIP ..........................................................................................

IV. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakrers badania | Przewidywalna liczba osób do badań | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto  (liczba osób do badań x cena jednostkowa) |
| 1 | stanowisko administracyjno-biurowe (praca powyżej pracy 4 godzin na dobę z monitorem ekranowym) wraz z wystawieniem orzeczenia | 60 |  |  |
| 2 | stanowisko pomocnicze i obsługi w tym pracownik socjalny, asystent rodziny, opiekun, instruktor terapii zajęciowej (praca przy monitorze ekranowym poniżej 4 godzin na dobę, mikroklimat zmienny) | 35 |  |  |
| 3 | stanowisko związane z pracę w kuchni (praca na wysokości do 3m, używanie ogólnodostępnych środków czystości w tym z grupy substancji niebezpiecznych, mikroorganizmy głównie przy pracy z surowym mięsem, jajami mogące spowodować np. zarażenie salmonellą lub trudno gojące się rany) | 3 |  |  |
| 4 | Badanie badania dla pracowników na stanowisku: konserwator, dozorca itp. (praca pow. 3 m, używanie ogólnodostępnych środków czystości w tym z grupy substancji niebezpiecznych) | 2 |  |  |
| 5 | badanie dla pracowników na stanowisku: sprzątaczka itp. (praca poniżej 3 m, używanie ogólnodostępnych środków czystości w tym z grupy substancji niebezpiecznych) | 4 |  |  |
| 6 | dodatkowe badanie dla pracowników posiadających kontakt z żywnością | 1 |  |  |
| 7 | przedłużenie ważności książka dla potrzeb sanitarnno-epidemiologicznych | 5 |  |  |
| 8 | * 1. dodatkowe badania związane z wydaniem zaświadczeniem o skróceniu bądź wydłużeniu normy czasu pracy | 1 |  |  |
| 9 | * 1. dodatkowe badanie dla pracowników posiadających zgodę na prowadzenie samochodu prywatnego do celów służbowych na terenie miasta Zamawiającego maksymalnie do 300 km miesięcznie | 20 |  |  |
| 10 | * 1. kontrolne badania okulistyczne w przypadku pogorszenia wzroku pracownika wraz z wystawieniem zaświadczenia | 20 |  |  |
| 11 | * 1. badania kontrolne pracowników, którzy przebywali na zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni wraz z wydaniem orzeczenia | 40 |  |  |
| Całkowita wartość zamówienia …………………………….brutto  stawka VAT…………% | | | | |

V. Adres placówki wraz z podaniem odległości od siedziby Zamawiającego.

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

VI. Oświadczam, że:

1) po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego, nie wnoszę/-imy do nich zastrzeżeń,

2) dysponuję placówką medyczną posiadającą zezwolenie na wykonywanie działalności z zakresu medycyny pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

3) usługi będą wykonywane w jednej placówce wskazanej przez Wykonawcę w pkt V na terenie Piekar Śląskich.

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

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)