Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Nr ZP/271/1/48/2021

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane wykonawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko / firma:** |  |
|  **Adres zamieszkania / siedziby:** |  |
|  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **NIP:** |  |
| **REGON:** |  |
| **KRS:** |  |

**W odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe w zakresie realizacji zadania polegającego na świadczeniu** **usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej wraz ze świadczeniem usług medycznych obejmujących badania laboratoryjne i diagnostyczne nad pracownikami Miejskiego Zarządu Gospodarki Komunalnej w Mysłowicach w okresie od 01 stycznia do 31 grudnia 2022 roku, składamy ofertę na** realizację przedmiotowej usługi zgodnie z treścią zapytania Zamawiającego:

**TABELA A**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Liczba planowanych badań [[1]](#footnote-1)** | **Jednostkowa cena (za 1 badanie netto)** | **Wysokość stawki podatku VAT (w %)** | **Jednostkowa cena brutto (za 1 badanie)** | **Wartość brutto za całą pozycję (kol.2 x kol. 5)** |
|  | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
| 1. | Badanie lekarskie specjalistyczne z zakresu medycyny pracy z wydaniem orzeczenia (badania wstępne, okresowe, kontrolne) | 80  |  |  |  |  |
| 2. | Badanie lekarskie okulistyczne | 60 |  |  |  |  |
| 3. | Badanie lekarskie neurologiczne | 30 |  |  |  |  |
| 4. | Badanie lekarskie laryngologiczne | 30 |  |  |  |  |
| 5. | Badania psychologiczne dla pracowników wykonujących szczególnej sprawności psychofizycznej (operatorzy urządzeń i maszyn) prace na wysokości powyżej 3 metrów | 30 |  |  |  |  |
| 6. | Badania dla osób wykonujących pracę na wysokości do 3 m oraz powyżej 3 metrów | 10 |  |  |  |  |
| 7. | Badania dla kierowców kategorii C | 5 |  |  |  |  |
| 8. | Dodatkowe badania dla osób kierujących pojazdem w ramach obowiązków służbowych kategorii B | 10 |  |  |  |  |
| 9. | Dodatkowe badania dla operatorów sprzętu specjalistycznego (zwyżki, koparki) | 5 |  |  |  |  |
| **RAZEM (poz.1-9)** |  |
|  |  |  |

**TABELA B**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Liczba planowanych badań[[2]](#footnote-2)** | **Jednostkowa cena (za 1 badanie netto)** | **Wysokość stawki podatku VAT (w %)** | **Jednostkowa cena brutto (za 1 badanie)** | **Wartość brutto za całą pozycję (kol.2 x kol. 5)** |
|  | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
| 1 | Badanie audiometryczne | 30 |  |  |  |  |
| 2 | Badanie spirometryczne | 30 |  |  |  |  |
| 3. | CRP (ocena stanu zapalnego) | 60 |  |  |  |  |
| 4. | Morfologia z rozmazem (ocena układu odporności, zaburzeń krzepnięcia, zagrożenia anemią i infekcją) | 60 |  |  |  |  |
| 5. | Glukoza (ocena zagrożenia cukrzycą) | 60 |  |  |  |  |
| 6. | Alat (podstawowa ocena wydolności wątroby) | 60 |  |  |  |  |
| 7. | Kreatynina (ocena funkcji nerek) | 60 |  |  |  |  |
| 8. | Lipidogram – cholesterol, trójglicerydy, HDL (dobry cholesterol), LDL(zły cholesterol) - (dokładna ocena ryzyka miażdżycy) | 60 |  |  |  |  |
| 9. | Kał na krew utajoną (podstawowe badanie oceny ryzyka nowotworu jelita grubego) | 60 |  |  |  |  |
| 10. | EKG | 60 |  |  |  |  |
| 11. | RTG klatki piersiowej | 60 |  |  |  |  |
| **Razem (poz.1-11)** |  |
| **RAZEM suma: tabela a (SUMA POZYCJI 1-9) + tabela B (SUMA POZYCJI 1-11)** |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami zawartymi w dokumentacji Zamawiającego i uznaję się za związanego określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania. Akceptuję bez zastrzeżeń Zapytanie Ofertowe wraz z ewentualnymi zmianami dokonanymi w wyniku odpowiedzi na zapytania oraz zmianami lub uzupełnieniami dokonanymi przez Zamawiającego przed upływem terminu składania ofert.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia
2. spełniam wymagania określone w pkt V Zapytania Ofertowego,
3. akceptuję bez zastrzeżeń warunki określone w opisie przedmiotu zamówienia (w szczególności wskazane w pkt III zapytania),
4. zobowiązuję się wykonać zamówienie w terminie i zakresie wymaganym przez Zamawiającego,
5. w przypadku udzielenia mi zamówienia zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

Integralną częścią niniejszego formularza jest:

1. Wypisy z odpowiednich ewidencji lub zaświadczenia (dowody) uprawnień we wskazanych w wymaganiach wobec oferentów (punkt V ppkt 2 - 4 niniejszego zapytania), potwierdzające, że przysługuje danym osobom prawo wykonywania zawodu oraz że podmiot posiada wymagane prawem uprawnienia. Wskazane dokumenty mogą być złożone w formie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.
2. Kopia potwierdzonej za zgodność z oryginałem, aktualnej na dzień składania ofert, polisy potwierdzającej ubezpieczenie Oferenta od odpowiedzialności cywilnej w zakresie działalności objętej niniejszym zapytaniem ofertowym.
3. Lista gabinetów lekarskich wraz z ich adresami oraz wskazaniem orientacyjnej odległości od siedziby Zamawiającego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..............................................Miejscowość i data |  | ..............................................Podpis Wykonawcy |

1. Zamawiający informuje, że podana wartość stanowi wartość orientacyjną i może ulec zmianie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zamawiający informuje, że podana wartość stanowi wartość orientacyjną i może ulec zmianie. [↑](#footnote-ref-2)