Załącznik nr 1

do zapytania ofertowego z dnia 02.03.2023 r.

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

pieczątka Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Przedmiot zamówienia: świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy.**

NAZWA PODMIOTU: świadczenie usług medycznych w 2023 roku z perspektywą do 31.06.2024 r. dla

osób bezrobotnych, poszukujących pracy i pracowników Powiatowego Urzędu Pracy.

**Dane podmiotu składającego ofertę:**

NAZWA:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

ADRES ………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………..……..

NIP ……...……………..………………………………………….. REGON ……………..…………………………………………………..………………

TELEFON ………………..…..………………………….....……… FAKS ……………………………………….……………....………………………..

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

Osoba uprawniona do kontaktu ………………………………………………..…………………………………………………………………….

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty w celu rozeznania cenowego rynku usług medycznych oferuję/emy usługi medyczne w zakresie medycyny pracy z wydaniem stosownego dokumentu (zaświadczenia, orzeczenia) w myśl obowiązujących w tym zakresie przepisów, dla pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Parczewie oraz osób bezrobotnych i poszukujących pracy zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy kierowanych na badania w ramach określenia przydatności do podjęcia zatrudnienia, stażu, szkoleń oraz innych form przewidzianych ustawą   
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

**OFERTA**

**Za wykonanie przedmiotu zamówienia oferuję/my następujące ceny (zł) za wykonanie poszczególnych badań lekarskich:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
|  | **Badanie i wydanie orzeczenia przez lekarza medycyny pracy** |  |
|  | Badanie lekarskie na **stanowiska biurowe**  (praca przy komputerze powyżej 4 godz./dziennie) |  |
|  | Badanie lekarskie na **stanowiska z pracą na wysokościach** np. monter rusztowań, dekarz |  |
|  | Badania lekarskie dla osób ubiegających się o uprawnienia do obsługi urządzeń transportu bliskiego np. operator żurawi, **wózków jezdniowych**, podnośnikowych, podestów ruchomych |  |
|  | Badania lekarskie dla osób ubiegających się o uprawnienia operatora maszyn do robót ziemnych lub drogowych np**.** operator koparko-ładowarki, walca drogowego, spycharki |  |
|  | Badanie lekarskie osób ubiegających się o wydanie prawa jazdy lub aktualizujących prawo jazdy |  |
|  | Badanie lekarskie kierowców wykonujących przewóz drogowy |  |
|  | Badanie lekarskie kierowców pojazdów uprzywilejowanych |  |
|  | Badanie psychologiczne i wydanie orzeczenia dla kierowców wykonujących przewóz drogowy |  |
|  | Badanie okulistyczne |  |
|  | Badanie laryngologiczne |  |
|  | Badanie neurologiczne |  |
|  | Badanie i wydanie orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |  |
|  | Badanie audiometryczne |  |
|  | Badanie spirometryczne |  |
|  | Badanie EKG spoczynkowe |  |
|  | Badanie stereometryczne |  |
|  | Badanie widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie |  |
|  | Cholesterol całkowity |  |
|  | Lipidogram |  |
|  | ALAT (GTP) |  |
|  | ASPAT |  |
|  | AST |  |
|  | Bilirubina całkowita |  |
|  | Białko całkowite |  |
|  | Fosfataza zasadowa |  |
|  | Mocznik |  |
|  | Kreatynina |  |
|  | Wapń całkowity |  |
|  | Fosfor nieorganiczny |  |
|  | Retikulocyty metoda automatyczna |  |
|  | Glukoza |  |
|  | Analiza moczu |  |
|  | Morfologia podstawowa |  |
|  | OB |  |
|  | Inne…(proszę podać wraz z cenami) |  |

**UWAGA:** Powyższy wykaz badań służy do analizy ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej.

Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczam/my, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym nr CAZ-271 z dnia ………………..   
   i złożonej ofercie.
2. Oświadczam/my, że posiadamy odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań   
   z zakresu medycyny pracy.
3. Oświadczam/my, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
4. Oświadczam/my, że posiadamy wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy.
5. Oświadczam/my, że zaoferowane ceny brutto pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
6. **Dokładny adres** wykonywania badań lekarskich: ....……………………………………
7. Badania lekarskie będą realizowane w następujące dni:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dzień tygodnia** | **w godzinach**  **od - do** | | **UWAGI** |
| Poniedziałek |  |  |  |
| Wtorek |  |  |  |
| Środa |  |  |  |
| Czwartek |  |  |  |
| Piątek |  |  |  |
| Sobota |  |  |  |

Miejsce i data: ….....................................

…….…………………………………………

( podpis i pieczęć)