|  |
| --- |
| **Załącznik nr 1 do postępowaniaObraz zawierający tekst  Opis wygenerowany automatycznie KA-CZL-DZP.261.2.70.2023** |
|  |

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **DANE WYKONAWCY** |
| **Zarejestrowana nazwa, forma prawna** [[1]](#footnote-2): |
|  |
| **NIP:** |  | **REGON:** |  | **Numer KRS:** |  |
| **Imię i nazwisko** (w przypadku gdy ofertę składa osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej)[[2]](#footnote-3): |
|  |
| **NIP:** |  | **PESEL:** |  |
| **Adres wykonawcy** |  |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **Telefon** |  | **e-mail:** |  |
| **Rachunek bankowy:** |  |

W odpowiedzi na wszczęcie postępowania, którego przedmiotem jest **Świadczenie usług medycznych
z zakresu medycyny pracy dla pracowników Filii Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu znajdującej się w Jeleniej Górze.**

* **oświadczam, że zapoznałem/-am się z dokumentacją udostępnioną przez zamawiającego, nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń i uznaję się za związanego/-ą określonymi w niej postanowieniami oraz zdobyłem/-am konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do wykonania zamówienia zgodnie z wymaganiami wskazanymi w zapytaniu ofertowym oraz w załącznikach do zapytania ofertowego;**
* oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego i nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego
* oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w postępowaniu oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego;
* uważam się za związanego ofertą przez okres 30dni wraz z upływem terminu składania ofert;
* do współpracy z zamawiającym przy realizacji umowy wskazuję następującą osobę/y:

imię i nazwisko: .....................................................,

telefon: ................................................... e-mail: .............................................................;

* oświadczam, że wypełniłem/-am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[3]](#footnote-4);

**Oferuję realizację przedmiotu zamówienia, tj. Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Filii Uniwersytetu Ekonomicznego w Jeleniej Górze**

|  |
| --- |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: CENA OFERTOWA**  |
| Cena netto: |  | VAT: |  | % | Zw. | **Cena brutto:** |  |

**zgodnie z poniższą kalkulacją:**

|  |
| --- |
| **Rodzaj i cena usługi** |
| **Rodzaj usługi** | **Cena jedn. netto****(za 1 usługę)** | **VAT %** | **Cena jedn. brutto (za 1 usługę)** |
| 1. Jednorazowe badanie dla nauczyciela akademickiego w zakresie medycyny pracy obejmujące: wywiad pielęgniarki medycyny pracy, pomiar ciśnienia tętniczego, podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, OB, poziom glukozy, ogólne badanie moczu), badanie laryngologiczne (ocena wydolności narządu głosu), badanie okulistyczne, badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Jednorazowe badanie dla pracownika niebędącego nauczycielem akademickim w zakresie medycyny pracy obejmujące: wywiad pielęgniarki medycyny pracy, pomiar ciśnienia tętniczego, podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, OB, poziom glukozy, ogólne badanie moczu), badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Jednorazowe badanie dla pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego (dotyczy 2 osób zatrudnionych na Uczelni) w zakresie medycyny pracy obejmujące: badanie lekarskie, morfologia krwi z rozmazem, retikulocyty, badanie okulistyczne), badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Badanie i orzeczenie lekarza medycyny pracy, niezbędne przy badaniach kontrolnych
 |  | Zw. |  |
| 1. Ocena medyczna stanu zdrowia pracowników ubiegających się o uzyskanie urlopu dla poratowania zdrowia
 |  | Zw. |  |
| 1. EKG
 |  | Zw. |  |
| 1. Lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy)
 |  | Zw. |  |
| 1. TSH
 |  | Zw. |  |
| 1. PSA
 |  | Zw. |  |
| 1. RTG płuc
 |  | Zw. |  |
| 1. Spirometria
 |  | Zw. |  |
| 1. Badania psychotechniczne
 |  | Zw. |  |
| 1. Badanie otoskopowe i akumetryczne, audiometria tonalna
 |  | Zw. |  |
| 1. Neurolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Laryngolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Okulista
 |  | Zw. |  |
| 1. Dermatolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Psychiatra
 |  | Zw. |  |
| 1. Badania sanitarno-epidemiologiczne (pod kątem zakażenia chorobami zakaźnymi przenoszonymi drogą powietrzno-kropelkową) z wydaniem orzeczenia
 |  | Zw. |  |
| **SUMA:** |  | **Zw.** |  |

|  |
| --- |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: DOSTĘPNOŚĆ USŁUG:** |
| **Oświadczamy, że:** |
| 1. **Zapewniamy dostęp on-line do wyników badań lub możliwość przesłania ich w formie elektronicznej**
 |
| [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 1. **Zapewniamy rejestrację wizyt na konkretne godziny:**
 |
| [ ]  TAK [ ]  NIE |

**Adres realizacji usługi: …….…..………………………………………………………………………………………………………….………\***

*\* obowiązkowo wypełnić*

Zamówienie objęte ofertą zamierzamy wykonać:

* samodzielnie\*
* przy pomocy podwykonawców\*

 *\* niepotrzebne skreślić*

**W przypadku powierzenia części zamówienia podwykonawcom, Wykonawca wypełnia poniższą tabelę:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wskazanie części zamówienia, które Wykonawca zamierza zlecić podwykonawcy | Nazwa i adres podwykonawcy, |
|  |  |

*Oświadczam, że w powyższej cenie brutto zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z prawidłową realizacją przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym.*

*Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień składania ofert i są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji, prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Miejscowość, data* | *czytelny podpis lub podpis nieczytelny wraz z imienną pieczątką podpisującego w przypadku oferty składanej w formie skanu [[4]](#footnote-5)* |

1. *Wypełnić* ***wyłącznie*** *w przypadku, gdy ofertę składa osoba prawna bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej;* [↑](#footnote-ref-2)
2. *Wypełnić* ***wyłącznie*** *w przypadku, gdy ofertę składa osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej;* [↑](#footnote-ref-3)
3. *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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)* [↑](#footnote-ref-4)
4. *Oferta musi być podpisana przez osoby upoważnione do zaciągania zobowiązań i składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy:*

*1) czytelnym podpisem lub nieczytelnym podpisem wraz z imienną pieczątką podpisującego – w przypadku oferty składanej w formie skanu,*

*2) kwalifikowanym podpisem elektronicznym – w przypadku oferty składanej w formie elektronicznej,*

3) podpisem zaufanym lub podpisem osobistym – w przypadku oferty składanej w postaci elektronicznej. [↑](#footnote-ref-5)