

Załącznik nr 1
do Zaproszenia do składania ofert

FORMULARZ OFERTOWY

„Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników i kandydatów na pracowników Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Katowicach na rok 2021”

Nazwa Wykonawcy:

Adres:

NIP: REGON:

Nr telefonu:

Nr faksu:

E – mail (do kontaktu):

1. Przedmiot zamówienia zgodny z opisem w zaproszeniu do składania ofert oferujemy wykonać za cenę:

..... zł wartość brutto

(słownie:.....złotych.../100),

Lp.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto	Ilość osób szacowanych do badania w 2021 r.	Wartość zamówienia brutto
1	Badanie lekarza medycyny pracy, wydanie orzeczenia		209*	
2	Udział lekarza w posiedzeniu komisji BHP		4	
3	badanie okulistyczne		168	
4	EKG		168	
5	RTG		168	
6	Badania laboratoryjne:			
	morfologia		168	
	mocz		168	
	OB.		168	

	poziom cukru we krwi		168	
	poziom cholesterolu		168	
7	Badania psychotechniczne dla kierowców kierującymi samochodami osobowymi	150 zł*	1	
8	Badania psychotechniczne dla pracowników kierujących samochodami osobowymi z możliwością przewozu osób		10	
	Badanie neurologiczne		10	
ŁĄCZNA CENA ZAMÓWIENIA ** (cena brutto)				
**Łączna cena zamówienia powstanie w wyniku zsumowania wartości w kolumnie „wartość zamówienia brutto”				

*cennik wynika z § 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy.

2. Miejsce świadczenia usługi (dokładny adres) :

.....

(Zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia odległość od siedziby Zamawiającego nie może być większa niż 3,5 km)

1. Niniejszym oświadczam, że:

- **zapoznałem/am się z postanowieniami załączonego do Zaproszenia do składania ofert wzoru umowy i przyjmuję go bez zastrzeżeń;**
- zapoznałem/am się z warunkami zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń;
- przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia;
- jestem związany z niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert podanego w Zaproszeniu do składania ofert.

....., dnia.....

.....

Podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

**Załącznik nr 2
do Zaproszenia do składania ofert**

Oświadczenie wykonawcy dotyczące spełnienia warunków udziału w zamówieniu

1. Niniejszym oświadczam, że spełniam poniższe warunki udziału w zamówieniu:

- a) posiadanie uprawnień do wykonywania w pełnym zakresie usług medycznych, o których mowa w art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.), spełniają warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067) oraz zadań określonych ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1175, z późn. zm.),
- b) dysponowanie odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia, tzn.:
 - dysponowanie bazą lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia,
 - dysponowanie sprzętem medycznym niezbędnym do wykonania pełnego zakresu usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia. Sprzęt medyczny przeznaczony do realizacji zamówienia musi odpowiadać wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595),
 - dysponowanie personelem (tj. lekarskim w dziedzinie medycyny pracy, pielęgniarskim) zdolnym do wykonania zamówienia, posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2020 poz. 295 z późn. zm.).

....., dnia.....

.....

*Podpis Wykonawcy lub osoby
upoważnionej*

