**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**

**Załącznik nr 2 do Umowy nr CeZ/…/2023**

**FORMULARZ OFERTOWY**

na **Świadczenie przez wykonawcę usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Centrum e-Zdrowia.,** znak sprawy: **WRZ.270.220.2023**

1. Nazwa (firma) oraz adres Wykonawcy.

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

NIP: .....................................................................................................................................\*

REGON: ..............................................................................................................................\*

1. Cena Wykonawcy za realizację całości przedmiotu zamówienia:

**Cena za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi maksymalnie …….....................zł brutto** w tym podatek VAT, w tym:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Usługa** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Liczba osób/posiedzeń** | **Wartość usługi netto** | **Wartość usługi brutto** |
| 1 | **PAKIET Badanie wstępne**  | Lekarz medycyny pracy z wydaniem orzeczenia |  |  | 75 osób\* |  |  |
| 2 | Badanie jednego lekarza specjalisty |  |  |  |  |
| 3 | Wykonanie badań laboratoryjnych: *Morfologia, OB, Mocz* |  |  |  |  |
| 4 | Wykonanie badań specjalistycznych : *Cholesterol całkowity, Glukoza* |  |  |  |  |
| 5 | Wykonanie badania radiologicznego: *RTG klatki piersiowej z opisem* |  |  |  |  |
| 6 | **PAKIET Badanie okresowe**  | Lekarz medycyny pracy z wydaniem orzeczenia |  |  | 75 osób\* |  |  |
| 7 | Badanie jednego lekarza specjalisty |  |  |  |  |
| 8 | Wykonanie badań laboratoryjnych: *Morfologia, OB, Mocz* |  |  |  |  |
| 9 | Wykonanie badań specjalistycznych : *Cholesterol całkowity, Glukoza* |  |  |  |  |
| 10 | Wykonanie badania radiologicznego: *RTG klatki piersiowej z opisem* |  |  |  |  |
| 11 | **Badanie kontrolne**  | Lekarz medycyny pracy z wydaniem orzeczenia na podstawie zaświadczenia lekarza prowadzącego |  |  | 20 osób\* |  |  |
| 12 | **Komisja BHP (1h)** | Współdziałania z Zamawiającym w realizacji jego obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy |  |  | 4 posiedzenia\* |  |  |
| ∑poz.1-12 |  |  |

**\*-szacunkowa liczba osób/posiedzeń x 1 h**

1. Oświadczamy, że wynagrodzenie Wykonawcy określone w pkt. 2 uwzględnia **wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.**
2. Oferujemy termin realizacji zamówienia: **zgodnie z postanowieniami Wzoru Umowy.**
3. Płatność: **zgodnie z postanowieniami Wzoru Umowy.**
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Zapytaniem ofertowym i uznajemy się związanymi określonymi w nim postanowieniami.
6. Oświadczamy, iż **spełniamy warunki** określone w Zapytaniu ofertowym, w Opisie przedmiotu zamówienia oraz Wzorze umowy, które stanowią **Załączniki nr 1 i 3** do Zapytania ofertowego.
7. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)
8. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z Opisem przedmiotu zamówienia oraz wymogami określonymi w Zapytaniu ofertowym oraz jego załącznikach i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
9. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postepowania należy kierować do:

Imię i nazwisko:………………………………….,

Adres:………………………………………………….,

Telefon:………………………………………………,

Adres e-mail:…………………………………….

1. Załącznikami do niniejszego Formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:
2. Oświadczenie Wykonawcy stanowiące **Załącznik nr 4** do zapytania ofertowego;
3. Wykaz obligatoryjnych i dodatkowych placówek stanowiący **Załącznik nr 5** do zapytania ofertowego
4. …………………………………

**Załącznik do oferty Wykonawcy:**

**Szczegółowy wykaz badań z zakresu Medycyny Pracy**

|  |
| --- |
| **Badania dodatkowe zlecone przez lekarza Medycyny Pracy w zależności od wskazań**  |
| **LP.** | **NAZWA** | **Cena brutto** |
| 1 | Lekarz specjalista - Okulista |   |
| 2 | Lekarz specjalista - Laryngolog |   |
| 3 | Lekarz specjalista - Neurolog |   |
| 4 | Lekarz specjalista - Ortopeda |   |
| 5 | Lekarz specjalista - Chirurg |   |
| 6 | Dodatkowy specjalista - poza ofertą pakietów  |   |
| 7 | Lipogram |   |
| 8 | Retykulocyty |   |
| 9 | Próby wątrobowe  |   |
| 10 | Mocznik |   |
| 11 | Kreatynina |   |
| 12 | LDL |   |
| 13 | Bilirubina |   |
| 14 | GGTP |   |
| 15 | ASPAT |   |
| 16 | ALAT |   |
| 17 | HDL |   |
| 18 | Trójglicerydy |   |
| 19 | Odczyn Wassermann ‘a (WR) |   |
| 20 | Audiometria |   |
| 21 | Spirometria |   |
| 22 | EKG z opisem |   |
| 23 | Badania psychotechniczne - kierowcy |   |
| 24 | Komisyjny przegląd stanowisk |   |
|  25 | Wydanie zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |   |
| 26 | Inne zlecone przez lekarza medycyny pracy \* |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | *\*Wykonawca może dodać inne badania*  |  |

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)