*Załącznik nr 3 do SWZ*

**…………………………………….. ……………………**

(nazwa i adres Wykonawcy) (miejscowość i data)

**……………………………………..**

(województwo)

**……………………………………..**

(numer faksu/telefonu)

**……………………………………..**

(NIP, REGON)

**……………………………………..**

(adres strony internetowej)

**……………………………………..**

(e – mail)

*WZÓR*

**OFERTA**

**W ZAKRESIE CZĘŚCI NR 4**

**32 Wojskowy Oddział Gospodarczy   
w Zamościu, 22-400 Zamość**

**ul. Wojska Polskiego 2F**

Odpowiadając na ogłoszenie opublikowane w Biuletynie Zamówień Publicznychw postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pod nazwą: **świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy obejmujący profilaktyczne badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne, dodatkowe, sanitarno-epidemiologiczne, badania diagnostyczne, badania laboratoryjne, konsultacje specjalistyczne) żołnierzy zawodowych i pracowników resortu obrony narodowej 32 WOG Zamość oraz żołnierzy zawodowych i pracowników resortu obrony narodowej jednostek i instytucji będących na zaopatrzeniu medycznym 32 Wojskowego Oddziału Gospodarczego w Zamościu. W zakresie 4 części. Nr sprawy ZP/TP/83/2024,**

1. **Oferujemy** wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie: **CZĘŚCI 4: - Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy na terenie garnizonu HRUBIESZÓW** - zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ);
2. **ZA CENĘ OGÓŁEM:** (stanowiącą sumę cen jednostkowych brutto za badania laboratoryjne, dodatkowe oraz specjalistyczne, przedstawionych w formularzu cenowym)

**BRUTTO ………….................. zł**

**(słownie: ……………….………….…….……………………….00/100 złotych),**

**w tym podatek VAT ....... %**

**zgodnie z: formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do oferty w zakresie części nr 1.**

*Usługi zwolnione z podatku VAT na podstawie art.43 ust.1 pkt 18-20 ustawy z dnia 11.03.2004r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2024r. poz.361 t.j.).*

1. **ILOŚĆ DNI W TYGODNIU, W KTÓRYCH DOSTĘPNY BĘDZIE LEKARZ ORZECZNIK ……………**
2. **Oświadczamy, że powyższa cena**, określa wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego,
3. **Zamawiający przewiduje a Wykonawca wyraża zgodę na prawo opcji. Prawem opcji objęte jest świadczenie usług wyszczególnionych w opisie przedmiotu zamówienia .   
   W przypadku skorzystania przez Zamawiającego z prawa opcji, Wykonawcy będzie się należało wynagrodzenie według cen jednostkowych zaoferowanych w formularzu cenowym - jak dla zamówienia gwarantowanego**.
4. **Zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu umowy** **w terminie:**

* Rozpoczęcie – od daty podpisania umowy, ale nie wcześniej niż od dnia 02.01.2025r.;
* Zakończenie – do dnia 31.12.2025r. lub do wykorzystania kwoty przeznaczonej na realizację przedmiotu umowy.

1. Oświadczam, że:

* wykonam zamówienie własnymi siłami\*
* zamierzam powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa podwykonawcy** | **Siedziba podwykonawcy** | **NIP podwykonawcy** |
|  |  |  |

**którym zamierzamy powierzyć wykonanie następującej części zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawca** | **Wyszczególnienie** |
|  |  |

W przypadku niewypełnienia tego punktu w całości, bądź niewymienienia części, które zostaną powierzone podwykonawcom, Zamawiający uzna, że Wykonawca wykona zamówienie samodzielnie.

1. **Warunki płatności** – **przelew w terminie 30 dni** od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury VAT
2. **Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia**, **w tym ze wzorem Umowy** i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres określony zapisami specyfikacji - zgodnie z zapisami Rozdziału XV SWZ.
4. Oświadczamy, że jesteśmy (rodzaj Wykonawcy)\*\*:

* mikroprzedsiębiorstwo;
* małe przedsiębiorstwo;
* średnie przedsiębiorstwo;
* jednoosobowa działalność gospodarcza;
* osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej;
* inny rodzaj;

1. **W przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy**o treści zgodnej ze wzorem umowy stanowiącym załącznik do SWZ, **w miejscu, terminie i na zasadach wskazanych przez Zamawiającego.**
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*\*
3. Wskazuję, że następujące dokumenty, spośród wymienionych w Rozdziale XII SWZ są w dyspozycji Zamawiającego:

-……………………………………………

-……………………………………………

w następującym miejscu…………………

(wskazać miejsce)

1. Wykaz oświadczeń i dokumentów dołączonych do oferty:

…………………………………………………

………………………………………………… itd.

**\*niepotrzebne skreślić**

**\*\*zaznaczyć "x” - em właściwy kwadrat**

\*\* 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

\*\*\* 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)

**DOKUMENT WINIEN BYĆ ZŁOŻONY W FORMIE ELEKTRONICZNEJ OPATRZONEJ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB W POSTACI ELEKTRONICZNEJ OPATRZONEJ ELEKTRONICZNYM PODPISEM ZAUFANYM LUB ELEKTRONICZNYM PODPISEM OSOBISTYM PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY**

*Załącznik nr 1 do formularza ofertowego*

**FORMULARZ CENOWY W ZAKRESIE CZĘŚCI 4- Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy na terenie garnizonu Hrubieszów:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Badania laboratoryjne** | | | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa badania zakres podstawowy** | **Cena jednostkowa badania po uruchomieniu prawa opcji** |
| 1. | Morfologia | szt. | 1 |  |  |
| 2. | OB | szt. | 1 |  |  |
| 3. | Glukoza | szt. | 1 |  |  |
| 4. | Cholesterol | szt. | 1 |  |  |
| 5. | LDL | szt. | 1 |  |  |
| 6. | HDL | szt. | 1 |  |  |
| 7. | Trójglicerydy | szt. | 1 |  |  |
| 8. | ASPAT | szt. | 1 |  |  |
| 9. | ALAT | szt. | 1 |  |  |
| 10. | VDRL | szt. | 1 |  |  |
| 11. | Elektrolity | szt. | 1 |  |  |
| 12. | Mocznik | szt. | 1 |  |  |
| 13. | Kreatynina | szt. | 1 |  |  |
| 14. | Kał na nosicielstwo x 3 próby | szt. | 1 |  |  |
| 15. | Mocz badanie ogólne | szt. | 1 |  |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Badania dodatkowe** | | | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa badania zakres podstawowy** | **Cena jednostkowa badania po uruchomieniu prawa opcji** |
| 1. | RTG klatki piersiowej +opis | szt. | 1 |  |  |
| 2. | EKG + opis | szt. | 1 |  |  |
| 3. | Audiogram | szt. | 1 |  |  |
| 4. | Spirometria | szt. | 1 |  |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Konsultacje specjalistyczne** | | | | |  |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa badania zakres podstawowy** | **Cena jednostkowa badania po uruchomieniu prawa opcji** |
| 1. | Konsultacja okulistyczna | szt. | 1 |  |  |
| 2. | Konsultacja laryngologiczna | szt. | 1 |  |  |
| 3. | Konsultacja dermatologiczna | szt. | 1 |  |  |
| 4. | Konsultacja kardiologiczna | szt. | 1 |  |  |
| 5. | Konsultacja psychologiczna | szt. | 1 |  |  |
| 6. | Konsultacja neurologiczna | szt. | 1 |  |  |
| 7. | Badanie lekarza medycyny pracy-badanie wstępne, okresowe, kontrolne- zakończone wystawieniem orzeczenia | szt. | 1 |  |  |
| 8. | Badanie lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań w zakresie pracy przy narażeniu na mikrofale + wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |  |
| 9. | Badanie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych+ wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |  |
| 10. | Badanie kierowców (konsultacje specjalistyczne) + wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |  |
| 11. | Badanie pracowników ochrony (konsultacje specjalistyczne) + wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |  |
|  | | | **RAZEM:** |  |  |
| **Ilość dni w tygodniu, w których będzie dostępny lekarz orzecznik** | | | | |  |

**Cena ogółem brutto = suma cen jednostkowych brutto za badania laboratoryjne, dodatkowe oraz specjalistyczne (RAZEM tab. 1 + RAZEM tab. 2 + RAZEM tab. 3)**

**Cena ogółem BRUTTO**: ........………………. zł

*(słownie*:…………………………………………………………………………………)

*Usługi zwolnione z podatku VAT na podstawie art.43 ust.1 pkt 18-20 ustawy z dnia 11.03.2004r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. z 2024r. poz.361 t.j.).*

**UWAGA!: Wykonawca zobowiązany jest do wyliczenia i wypełnienia wszystkich pozycji w Formularzu cenowym.**

**Cena ogółem brutto z formularza cenowego musi być bezwzględnie tożsama   
z ceną ogółem brutto podaną w pkt 2 Formularza ofertowego**

**DOKUMENT WINIEN BYĆ ZŁOŻONY W FORMIE ELEKTRONICZNEJ OPATRZONEJ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB W POSTACI ELEKTRONICZNEJ OPATRZONEJ ELEKTRONICZNYM PODPISEM ZAUFANYM LUB ELEKTRONICZNYM PODPISEM OSOBISTYM PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY.**