*Załącznik numer 2*

*do zapytania ofertowego.*

FORMULARZ OFERTY

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

*(pieczątka nagłówkowa Zleceniobiorcy) (miejscowość)*

OFERTA

na wykonanie usługi polegającej na przeprowadzeniu badań lekarskich pracowników

Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Sosnowcu

nr sprawy:

MT.0270.15.2023

1. DANE ZLECENIOBIORCY:

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

[ imię i nazwisko / nazwa Zleceniobiorcy]

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

[ adres / siedziba Zleceniobiorcy]

numer telefonu....................................................................numer faksu......................................

adres internetowy.............................................e-mail .................................................................

REGON:..........................................................NIP.......................................................................

PESEL: ………………………………..........*(dotyczy osób fizycznych)*

NUMER WPISU DO KRS :.......................................................... *(dotyczy podmiotów*

*podlegających wpisowi do Krajowego Rejestru Sadowego)*

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO : .................................................................................

1. CENY SZCZEGÓŁOWE:

Tabela 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa usługi zgodnie z zapytaniem ofertowym pkt III 6. | Cena jednostkowa brutto\*(w PLN) | ilość | Wartość usługi brutto (PLN)(kol.3 x kol. 4) |
| kol. 1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 5 |
| Badanie laboratoryjne |
| 1. | Morfologia krwi z rozmazem + płytki |   | 117 |  |
| 2. | Badanie moczu – ogólne |   | 117 |  |
| 3. | poziom glukozy |   | 117 |  |
| 4. | Cholesterol |   | 117 |  |
| 5. | Trójglicerydy TGL |   | 117 |  |
| 6. | ALAT |   | 117 |  |
| 7. | Bilirubina |   | 117 |  |
| 8. | Kreatynina |   | 117 |  |
| Badanie lekarskie |
| 9. | Badanie lekarza medycyny pracy oraz wydanie orzeczenia |   | 117 |  |
| 10. | Badanie okulistyczne |   | 1 |  |
| 11. | Badanie laryngologiczne |   | 1 |  |
| 12. | Badanie neurologiczne |   | 1 |  |
| Badanie konsultacyjne |
| 13. | RTG płuc – duży obrazek |   | 117 |  |
| 14. | EKG spoczynkowe |   | 48 |  |
| 15. | EKG wysiłkowe  |   | 47 |  |
| 16. | Spirometria |   | 1 |  |
| 17. Wartość brutto usługi (suma wierszy 1÷16) |   |

Tabela 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa usługi zgodnie z zapytaniem ofertowym pkt III 7. | Cena jednostkowa brutto\*(w PLN) | ilość | Wartość usługi brutto (PLN)(kol.3 x kol. 4) |
| kol. 1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 5 |
| Badanie lekarskie |
| 1. | Badanie lekarza medycyny pracy oraz wydanie orzeczenia 1. Czynniki fizyczne: nie występują
2. Pyły: nie występują
3. Czynniki chemiczne: nie występują
4. Czynniki biologiczne: nie występują
5. Inne czynniki, w tym niebezpieczne: nie występują
 |   | 1 |   |
|  2. Wartość brutto usługi (suma wierszy 1÷1) |   |

Tabela 3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa usługi zgodnie z zapytaniem ofertowym pkt III 8. | Cena jednostkowa brutto\*(w PLN) | ilość | Wartość usługi brutto (PLN)(kol.3 x kol. 4) |
| kol. 1 | kol. 2 | kol. 3 | kol. 4 | kol. 5 |
| Badanie lekarskie |
| 1. | badanie kontrolne po 60 dniach L-4 funkcjonariusze oraz po 30 dniach pracownicy cywilni |   | 1 |   |
| 2. | badanie lekarskie kierowcy pojazdu uprzywilejowanego (pełny zakres) |   | 1 |   |
| 3. | badanie psychotechniczne kierowcy pojazdu uprzywilejowanego |   | 1 |   |
| Szczepienia |
| 4. | tężec |   | 1 |   |
| 5. | WZW typu B |   | 1 |   |
| 6. | WZW typu B (badanie poziomu przeciwciał) |   | 1 |   |
| 7. | grypa |   | 1 |   |
| badanie podatności na jad owadów |
| 13. | oznaczenie poziomu IgEowadów: pszczoła, osa, szerszeń |   | 1 |   |
| 14. Wartość brutto usługi (suma wierszy 1÷13) |   |

\* - Ceny jednostkowe określone w kolumnie 3 każdej z tabel obowiązują również w przypadku każdorazowego późniejszego indywidualnego skierowania funkcjonariusza na badania lekarskie.

1. CENA OFERTY

Oferuje wykonanie przedmiotu zamówienia (zapytania ofertowego) za: cenę brutto (suma: wiersz 17 tabela 1, wiersz 2 tabela 2, wiersz 14 tabela 3)\*: .................................... (słownie: .......................................................................................................................) złotych;

\*Cena obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem warunków umowy w tym miedzy innymi koszty dojazdu Zleceniobiorcy do obiektów Zleceniodawcy oraz należny podatek VAT . Cena musi być zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku, czyli z dokładnością do jednegogrosza.

1. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że:

* zapoznałem się z zapytaniem ofertowym – numer sprawy: MT.0270.15.2023 (w tym – opisem przedmiotu zamówienia) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
* posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia,
* posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję lub będę dysponował potencjałem technicznym, a także osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
* znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
* zobowiązuję się do zawarcia umowy zgodnej ze wzorem umowy stanowiącym załącznik numer 1 do zapytania ofertowego w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę.
* jestem związany ofertą do dnia 02 lutego 2024 roku
* nie otwarto likwidacji lub nie ogłoszono upadłości w stosunku do Zleceniobiorcy i/lub
w stosunku do podmiotów wykonujących na rzecz Zleceniobiorcy usług.
1. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU ZE ZLECENIODAWCĄ

(kontakt, przekazywanie wzajemnych uwag wynikających z realizacji ewentualnej umowy oraz nadzór nad realizacją ewentualnej umowy):

imię i nazwisko ...........................................................................................................................

stanowisko służbowe ..................................................................................................................

numer telefonu ............................................................................................................................

numer faksu ................................................................................................................................

dni i godziny pracy .....................................................................................................................

adres e-mail : ..............................................................................................................................

1. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODPISANIA UMOWY :

imię i nazwisko ...........................................................................................................................

stanowisko służbowe ..................................................................................................................

1. DANE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY/PODWYKONAWCÓW:

Zleceniobiorca PRZEWIDUJE/NIE PRZEWIDUJE\* powierzenia podwykonawstwa w ramach niniejszego zapytania ofertowego.

*\*-niepotrzebne skreślić*

W przypadku Zleceniobiorców, którzy przewidują powierzenie podwykonawstwa w ramach niniejszego zapytania ofertowego – w załączniku numer 1 do zapytania ofertowego - WZÓR UMOWY w §6 dopisuje się punkt 2 o następującym brzmieniu:

„Zleceniobiorca odpowiada za działania lub zaniechania podwykonawcy/podwykonawców, którym powierzył realizację przedmiotu umowy – jak za swoje własne.”

W przypadku Zleceniobiorców, którzy nie przewidują powierzenia podwykonawstwa w ramach niniejszego zapytania ofertowego – w załączniku numer 1 do zapytania ofertowego - WZÓR UMOWY w §6 dopisuje się punkt 2 o następującym brzmieniu :

„Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy samodzielnie, bez udziału podwykonawcy/podwykonawców.”

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

*(data, pieczątka i podpis Zleceniobiorcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Zleceniobiorcy )*