Załącznik nr 2 do SWZ

**OFERTA**

|  |
| --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** |
| Nazwa: **1. Baza Lotnictwa Transportowego** |
| Adres: **00-909 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 1c** |
| NIP: **522-101-72-08** | REGON: **P-010088949** |

1. **WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| Nazwa:  |
| NIP: | REGON: |
| Adres:  |
| Miejscowość:   | Kod pocztowy: | Województwo:  |
| e-mail: | Tel: |
| Adres do korespondencji: |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: *Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”* | **[ ]**  MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO \***[ ]**  MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO \***[ ]** ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO \***[ ]** JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA \*[ ]  OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ \***[ ]** INNY RODZAJ \* |

1. **WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

*(Tabelę 2 należy wypełnić w przypadku składania oferty przez więcej niż jednego wykonawcę, konsorcja. W przypadku składania ofert przez większą ilość wykonawców, tabelę należy skopiować odpowiednio.)*

|  |
| --- |
| Nazwa:  |
| NIP: | REGON: |
| Adres:  |
| Miejscowość:   | Kod pocztowy: | Województwo:  |
| e-mail: | Tel: |
| Adres do korespondencji: |
| Forma prowadzenia działalności przez Wykonawcę: *Zaznaczyć w odpowiednim miejscu. Kliknąć 2 x w oznaczany kwadrat, odznaczyć wartość domyślną: „zaznaczone”* | **[ ]**  MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO \***[ ]**  MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO \***[ ]** ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO \***[ ]** JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA \*[ ]  OSOBA FIZYCZNA NIEPROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ \***[ ]** INNY RODZAJ \* |

\* Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln. €

\* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln.

\* Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln.

\* Jednoosobowa działalność gospodarcza : osoba fizyczna, która uzyskała wpis do ewidencji działalności gospodarczej poprzez posiadanie zezwolenia, licencji lub koncesji na prowadzenie określonej działalności

\* Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej: osoba fizyczna występująca w obrocie jako konsument, niebędąca przedsiębiorcą.

1. Składając ofertę w postępowaniu nr **3/2022** na **„Wykonanie usługi w zakresie badań laboratoryjnych, specjalistycznych, diagnostyki obrazowej, konsultacji specjalistycznych dotyczących Medycyny Pracy i dyspanseryzacji oraz badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencję pracownika ochrony fizycznej w latach 2022-2023”**, oferujemy wykonanie usługi objętej zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia za łączną kwotę:

Ogólna wartość netto: ...........................................................zł.

*(słownie:.................................................................................................................................... zł.)*

kwota VAT:.............................................................zł.

*(słownie:.................................................................................................................................... zł.)*

**Ogólna wartość brutto: .......................................................zł.**

*(słownie:.................................................................................................................................... zł.)*

w tym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Badania wchodzące w skład usługi | **Przewidywana****ilość świadczeń****w ciągu 12 miesięcy** | Stawka VAT (w %)*(np. zwolnione z VAT)* |  Cena jednostkowa netto (w zł)(za jedno badanie) |  Ogólna**wartość****netto**(w zł) |  Kwota**VAT**(w zł) |  Ogólna**wartość****brutto**(w zł) |
| **I. BADANIA LABORATORYJNE** |
| 1. | morfologia | 510 |  |  |  |  |  |
| 2. | morfologia z rozmazem | 90 |  |  |  |  |  |
| 3. | płytki krwi | 35 |  |  |  |  |  |
| 4. | OB | 170 |  |  |  |  |  |
| 5. | cukier w surowicy | 600 |  |  |  |  |  |
| 6. | WR | 5 |  |  |  |  |  |
| 7. | mocznik | 20 |  |  |  |  |  |
| 8. | kreatynina | 460 |  |  |  |  |  |
| 9. | mocz badanie ogólne | 300 |  |  |  |  |  |
| 10. | cholesterol | 450 |  |  |  |  |  |
| 11. | trójglicerydy | 450 |  |  |  |  |  |
| 12. | HDL | 450 |  |  |  |  |  |
| 13. | LDL | 450 |  |  |  |  |  |
| 14. | kwas moczowy | 5 |  |  |  |  |  |
| 15. | wskaźnik protrombinowy | 5 |  |  |  |  |  |
| 16. | jonogram | 60 |  |  |  |  |  |
| 17. | transaminazy | 370 |  |  |  |  |  |
| 18. | grupa krwi (bez wpisu do dokumentu) | 5 |  |  |  |  |  |
| 19. | grupa krwi z wpisem do dokumentów | 5 |  |  |  |  |  |
| 20. | badanie kału na nosicielstwo | 40 |  |  |  |  |  |
| 21. | badanie kału na jaja pasożytów | 5 |  |  |  |  |  |
| 22. | HIV | 5 |  |  |  |  |  |
| 23. | HBs | 65 |  |  |  |  |  |
| 24. | HCV | 65 |  |  |  |  |  |
| 25. | mocz na kwas trójchlorooctowy | 5 |  |  |  |  |  |
| 26. | mocz na kwas deltaaminolewulinowy | 5 |  |  |  |  |  |
| 27. | TSH | 15 |  |  |  |  |  |
| 28. | bilirubina | 100 |  |  |  |  |  |
| 29. | PSA | 10 |  |  |  |  |  |
| 30. | ołów w surowicy | 5 |  |  |  |  |  |
| 31. | VDRL | 5 |  |  |  |  |  |
| 32. | CK-MB | 5 |  |  |  |  |  |
| 33. | INR | 5 |  |  |  |  |  |
| 34. | Kał na krew utajoną | 5 |  |  |  |  |  |
| 35. | ASO | 5 |  |  |  |  |  |
| 36. | RF – czynnik reumatoidalny | 5 |  |  |  |  |  |
| 37. | CRP | 5 |  |  |  |  |  |
| **II. BADANIA SPECJALISTYCZNE** |
| 1. | EKG +opis internistyczny | 530 |  |  |  |  |  |
| 2. | Echo | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Holter | 5 |  |  |  |  |  |
| 4. | spirometria | 50 |  |  |  |  |  |
| 5. | audiogram | 350 |  |  |  |  |  |
| 6. | USG jama brzuszna | 10 |  |  |  |  |  |
| 7. | EEG+opis | 5 |  |  |  |  |  |
| 8. | USG poszczególnych narządów | 5 |  |  |  |  |  |
| 9. | Próba wysiłkowa | 20 |  |  |  |  |  |
| 10. | Posiew plwociny | 5 |  |  |  |  |  |
| 11. | Posiew moczu | 5 |  |  |  |  |  |
| 12. | Pole widzenia | 200 |  |  |  |  |  |
| 13. | Mezotest | 200 |  |  |  |  |  |
| **III. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA (Z OPISAMI)** |
| 1. | RTG – płuc duży obrazek z opisem | 150 |  |  |  |  |  |
| 2. | RTG – kręgosłupa szyjnego z opisem | 5 |  |  |  |  |  |
| 3. | RTG – kręgosłupa piersiowego z opisem | 5 |  |  |  |  |  |
| 4. | RTG – kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z opisem | 15 |  |  |  |  |  |
| 5. | RTG – innych części kostnych z opisem | 5 |  |  |  |  |  |
| IV. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE Z ZAKRESU |
| 1. | laryngologii | 360 |  |  |  |  |  |
| 2. | okulistyki | 400 |  |  |  |  |  |
| 3. | okulistyczna +wypisanie recepty na okulary | 150 |  |  |  |  |  |
| 4. | neurologii | 20 |  |  |  |  |  |
| 5. | psychiatrii | 5 |  |  |  |  |  |
| 6. | ortopedii | 20 |  |  |  |  |  |
| 7. | kardiologii | 25 |  |  |  |  |  |
| 8. | chirurgii | 5 |  |  |  |  |  |
| 9. | onkologii | 5 |  |  |  |  |  |
| 10 | ginekologii | 5 |  |  |  |  |  |
| 11. | dermatologii | 55 |  |  |  |  |  |
| 12. | pulmonologii | 10 |  |  |  |  |  |
| 13. | urologii | 5 |  |  |  |  |  |
| 14. | diabetologii | 5 |  |  |  |  |  |
| **V. BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE** |
| 1. | Badania lekarskie i psychologiczne osób ubiegających się o wydanie licencji oraz posiadających licencje pracownika ochrony fizycznej. | 40 | 23% |  |  |  |  |

2.Oświadczamy, że odległość od siedziby Zamawiającego do naszej siedziby (lokalizacja):

**Adres Wykonawcy: ……………………………………………………………**

 /miejsca wykonywania badań/

wynosi: **…………………………….. km**

*(patrz: Załącznik nr 1 – Opis przedmiotu zamówienia i SWZ)*

3. Liczba obiektów, w których świadczona będzie usługa medyczna …………, w tym:

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJE BADAŃ/KONSULTACJI** | **ADRES PLACÓWKI WYKONUJĄCEJ USŁUGI** |
| BADANIA LABORATORYJNE |  |
| BADANIA SPECJALISTYCZNE |  |
| DIAGNOSTYKA OBRAZOWA (Z OPISAMI) |  |
| KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE Z ZAKRESU |  |
| BADANIA PSYCHOLOGICZNE |  |

4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

1. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzamy powierzyć następującym podwykonawcom:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia | Firma podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku realizacji zamówienia przy współudziale podwykonawców, do zawarcia umów z podwykonawcami zgodnie z postanowieniami art. 409 ustawy Prawo zamówień publicznych
2. Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

……………………………………………………………………...………………………………………..

1. Oświadczam, że wypełniłem 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)
2. Oświadczamy, że do realizacji zamówienia wyznaczymy osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040, 1043, 1495) lub umowy cywilno-prawnej (kontraktu) w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisy kodeksu cywilnego wykonujące czynności na stanowiskach:
3. laryngolog,
4. okulista,
5. neurolog,
6. psychiatra,
7. ortopeda,
8. kardiolog,
9. chirurg,
10. onkolog,
11. ginekolog,
12. dermatolog,
13. pulmonolog,
14. urolog,
15. diabetolog.
16. Zobowiązujemy się do dostarczenia wykazu osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040, 1043, 1495) lub umowy cywilno-prawnej (kontraktu) w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów kodeksu cywilnego, wykonujących czynności na stanowiskach wymienionych w pkt 9, najpóźniej w dniu podpisania umowy.
17. Oświadczamy, że spełniamy wymogi zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2020 r., poz. 2213 z późn. zm.)
18. Nadzór nad wykonywaną usługą ze strony Wykonawcy pełnić będzie:

Pani/Pan ........................................................................

telefon kontaktowy..........................................................

mail ………………………………………………….

1. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym jest

Pani/Pan ........................................................................

telefon kontaktowy..........................................................

mail ………………………………………………….

14. Osobą/-ami upoważnionymi do podpisania przyszłej umowy z Zamawiającym jest/są

 Pani/Pan ….……………………………………………………………………………………

*(wpisać imię i nazwisko oraz funkcję)*

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

ELEKTRONICZNY PODPIS WYKONAWCY lub

osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli

 w imieniu Wykonawcy, w postaci:

- kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

**LUB**

- podpisu zaufanego,

**LUB**

- podpisu osobistego e-dowód.

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) (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)