**O F E R T A – Załącznik nr 1**

1. Nazwa wykonawcy: ...................................................……………………………………..........................………………
2. Adres wykonawcy: ............………………………………………………………….......…..…................................................
3. NIP...............................................................................................................................….…………………………..
4. REGON .................................................................................................……………….......................................
5. Oferuję wykonanie w/w przedmiotu zamówienia za **łączną cenę brutto ……………………………..………….zł \***

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

 \*Cena za całość zamówienia stanowi sumę cen globalnych z obu tabel, tzn. TABELI A, zgodnie z uszczegółowieniem poniżej:

TABELA A: zakres badań obowiązkowych

 dla pracowników i kandydatów na pracowników Mazurskiego Związku Międzygminnego – Gospodarka Odpadami w Giżycku

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Orientacyjna Ilość osób** | **Cena brutto jednego badania (zł)** | **Wartość brutto (zł)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **3 x 4** |
| 1. | Badanie profilaktyczne z zakresu medycyny pracy z wydaniemorzeczenia (badanie wstępne) | 2 |  |  |
| 2. | Badanie profilaktyczne z zakresu medycyny pracy z wydaniem orzeczenia (badanie okresowe) | 24 |  |  |
| 3. | Badanie profilaktyczne z zakresu medycyny pracy z wydaniem orzeczenia (badanie kontrolne) | 2 |  |  |
| 4. | Badanie/konsultacja okulistyczna wraz diagnostyką | 24 |  |  |
| 5. | Morfologia | 24 |  |  |
| 6. | Mocz | 24 |  |  |
| 7. | OB | 24 |  |  |
| 8. | Glukoza | 24 |  |  |
| 9. | Lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, TG) | 24 |  |  |
| 10. | Kreatynina | 24 |  |  |
| 11. | Mocznik | 24 |  |  |
| 12. | Żelazo | 24 |  |  |
| 13. | Wapń | 24 |  |  |
| 14. | TSH | 24 |  |  |
| 15. | FT3 | 24 |  |  |
| 16. | FT4 | 24 |  |  |
| 17. | PSA  | 5 |  |  |
| 18. | Marker rakowy jajnika CA 125 | 19 |  |  |
| 19. | Alat (podstawowa ocena wydolności wątroby) | 24 |  |  |
| 20. | EKG z opisem | 24 |  |  |
| 21. | RTG klatki piersiowej z opisem | 24 |  |  |
| **RAZEM** (suma pozycji 1-21) |  |

* + - * 1. Oświadczam, że placówka przeprowadzająca badania stanowiące przedmiot niniejszego zamówienia zlokalizowana jest: …………………………………………………………………………………………………………………………………

 /należy podać dokładny adres placówki/

* + - * 1. Oświadczam, że zapoznałem/am\* się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę
				do niego zastrzeżeń.
				2. Oświadczam, że :
	1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
	2. posiadam wiedzę i doświadczeni wymagane przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym Nr 271-1/39/2023,
	3. jestem związany z ofertą przez okres 30 dni,
	4. podlegam/y - nie podlegam/y\* wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (dalej: ustawa sankcyjna).
		+ - 1. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym.
				2. Nie zamierzam/zamierzam\* powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia………………………
				3. Akceptuję wszystkie postanowienia zawarte w zapytaniu cenowym i w przypadku
				wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.

…………………… dnia ……………….

………..………....……………………………….………………..…..

 (pieczątka i podpis osób(-y) upoważnionych(-ej)

 do reprezentacji Wykonawcy)

\* niewłaściwe skreślić

Załączniki do oferty:

1. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego Wojewodę.