**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **DANE WYKONAWCY** |
| Zarejestrowana nazwa, forma prawna Wykonawcy: |
|  |
| **Siedziba Wykonawcy:** |
| miejscowość: |  | adres: |  |
| kod pocztowy: |  | poczta: |  | województwo: |  |
| NIP: |  | REGON: |  | numer KRS: |  |
| tel.: |  | e-mail: |  |
| Numer rachunku bankowego: |  |
| **DANE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA** |
| **Przedmiot zamówienia:**  |
| Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, w tym dla Filii w Jeleniej Górze |
| **Tryb postępowania:** | Tryb podstawowy z fakultatywnymi negocjacjami (art. 275 pkt 2 pzp) |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: CENA OFERTOWA**  |
| **CZĘŚĆ I:**  |
| Cena netto: |  | VAT: |  | % | Zw. | **Cena brutto:** |  |
| **Rodzaj i cena usługi** |
| **Rodzaj usługi** | **Cena jedn. netto****(za 1 usługę)** | **VAT %** | **Cena jedn. brutto (za 1 usługę)** |
| 1. Jednorazowe badanie dla nauczyciela akademickiego w zakresie medycyny pracy obejmujące: wywiad pielęgniarki medycyny pracy, pomiar ciśnienia tętniczego, podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, OB, poziom glukozy, ogólne badanie moczu), badanie laryngologiczne (ocena wydolności narządu głosu), badanie okulistyczne, badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Jednorazowe badanie dla pracownika niebędącego nauczycielem akademickim w zakresie medycyny pracy obejmujące: wywiad pielęgniarki medycyny pracy, pomiar ciśnienia tętniczego, podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, OB, poziom glukozy, ogólne badanie moczu), badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Jednorazowe badanie dla pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego (dotyczy 2 osób zatrudnionych na Uczelni) w zakresie medycyny pracy obejmujące: badanie lekarskie, morfologia krwi z rozmazem, retikulocyty, badanie okulistyczne), badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Badanie i orzeczenie lekarza medycyny pracy, niezbędne przy badaniach kontrolnych
 |  | Zw. |  |
| 1. Ocena medyczna stanu zdrowia pracowników ubiegających się o uzyskanie urlopu dla poratowania zdrowia
 |  | Zw. |  |
| 1. EKG
 |  | Zw. |  |
| 1. Lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy)
 |  | Zw. |  |
| 1. TSH
 |  | Zw. |  |
| 1. PSA
 |  | Zw. |  |
| 1. RTG płuc
 |  | Zw. |  |
| 1. Spirometria
 |  | Zw. |  |
| 1. Badania psychotechniczne
 |  | Zw. |  |
| 1. Badanie otoskopowe i akumetryczne, audiometria tonalna
 |  | Zw. |  |
| 1. Neurolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Laryngolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Okulista
 |  | Zw. |  |
| 1. Dermatolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Psychiatra
 |  | Zw. |  |
| 1. Badania sanitarno-epidemiologiczne (pod kątem zakażenia chorobami zakaźnymi przenoszonymi drogą powietrzno-kropelkową) z wydaniem orzeczenia
 |  | Zw. |  |
| **SUMA:** |  | **Zw.** |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II:**  |
| Cena netto: |  | VAT: |  | % | Zw. | **Cena brutto:** |  |
| **Rodzaj i cena usługi** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Cena jedn. netto****(za 1 usługę)** | **VAT %** | **Cena jedn. brutto (za 1 usługę)** |
| 1. Jednorazowe badanie dla nauczyciela akademickiego w zakresie medycyny pracy obejmujące: wywiad pielęgniarki medycyny pracy, pomiar ciśnienia tętniczego, podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, OB, poziom glukozy, ogólne badanie moczu), badanie laryngologiczne (ocena wydolności narządu głosu), badanie okulistyczne, badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Jednorazowe badanie dla pracownika niebędącego nauczycielem akademickim w zakresie medycyny pracy obejmujące: wywiad pielęgniarki medycyny pracy, pomiar ciśnienia tętniczego, podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, OB, poziom glukozy, ogólne badanie moczu), badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Jednorazowe badanie dla pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego (dotyczy 2 osób zatrudnionych na Uczelni) w zakresie medycyny pracy obejmujące: badanie lekarskie, morfologia krwi z rozmazem, retikulocyty, badanie okulistyczne), badanie lekarza medycyny pracy i wydanie przez niego orzeczenia (badania wstępne lub okresowe)
 |  | Zw. |  |
| 1. Badanie i orzeczenie lekarza medycyny pracy, niezbędne przy badaniach kontrolnych
 |  | Zw. |  |
| 1. Ocena medyczna stanu zdrowia pracowników ubiegających się o uzyskanie urlopu dla poratowania zdrowia
 |  | Zw. |  |
| 1. EKG
 |  | Zw. |  |
| 1. Lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy)
 |  | Zw. |  |
| 1. TSH
 |  | Zw. |  |
| 1. PSA
 |  | Zw. |  |
| 1. RTG płuc
 |  | Zw. |  |
| 1. Spirometria
 |  | Zw. |  |
| 1. Badania psychotechniczne
 |  | Zw. |  |
| 1. Badanie otoskopowe i akumetryczne, audiometria tonalna
 |  | Zw. |  |
| 1. Neurolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Laryngolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Okulista
 |  | Zw. |  |
| 1. Dermatolog
 |  | Zw. |  |
| 1. Psychiatra
 |  | Zw. |  |
| 1. Badania sanitarno-epidemiologiczne (pod kątem zakażenia chorobami zakaźnymi przenoszonymi drogą powietrzno-kropelkową) z wydaniem orzeczenia
 |  | Zw. |  |
| **SUMA:** |  | **Zw.** |  |

|  |
| --- |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: DOSTĘPNOŚĆ USŁUG:** |
| **Oświadczamy, że:** |
| 1. **Zapewniamy dostęp on-line do wyników badań lub możliwość przesłania ich w formie elektronicznej**
 |
| **w części I**[ ]  TAK [ ]  NIE**w części II**[ ]  TAK ☐ NIE |
| 1. **Zapewniamy rejestrację wizyt na konkretne godziny:**
 |
| **w części I**[ ]  TAK [ ]  NIE**w części II**[ ]  TAK ☐ NIE |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** |
| Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją postępowania udostępnioną przez Zamawiającego, nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do wykonania zamówienia zgodnie z wymaganiami wskazanymi w dokumentacji postępowania. |
| Wyrażamy zgodę na warunki płatności wskazane w dokumentacji postępowania. |
| Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji postępowania oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. |
| Uważamy się za związanych ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia wskazanego w SWZ. |
| Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. |
| Oświadczamy, że jesteśmy:[ ]  mikroprzedsiębiorstwem[ ]  małym przedsiębiorstwem [ ]  średnim przedsiębiorstwem [ ]  jednoosobowa działalność gospodarcza[ ]  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej[ ]  inny rodzaj |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** |
| Osoba wyznaczona do współpracy z Zamawiającym przy realizacji umowy: |
| imię i nazwisko: |  | tel.: |  | e-mail: |  |
| **Dokumenty składane wraz z ofertą:** |
|  |
|  |
| Oświadczam, że jestem upoważniony do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję, w tym do złożenia oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego |

|  |
| --- |
| **Czy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom?** |
| **TAK** | [ ]  | **NIE** | [ ]  |
| *UWAGA: Dalszą część tabeli należy wypełnić tylko w przypadku udzielenia odpowiedzi TAK* |
| Proszę wskazać części zamówienia, które wykonawca ma zamiar powierzyć podwykonawcom oraz podać nazwy i adresy podwykonawców (jeżeli są znane) |
| ***Nazwa/adres podwykonawcy*** | ***Część zamówienia*** |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Oświadczam, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od………do ………..stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wskazuję w załączniku ………. i zastrzegam, iż nie mogą być one udostępniane. |
| Oświadczam, że sposób reprezentacji Wykonawcy \*/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący :…………………………………………………………………………………………………( wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja) |
| Oświadczam, pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kk, że wszystkie złożone do oferty dokumenty i oświadczenia są prawdziwe oraz opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzenia oferty. |