**FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY**

**1.** Oferta złożona do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w drodze zapytania ofertowego, prowadzonego na podstawie regulaminu udzielania zamówień publicznych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich o wartości poniżej 130.000 złotych wprowadzonego zarządzeniem nr 52/2021 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich z dnia 21.07.2021 r.

**pn.: Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy wraz z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi dla kandydatów do pracy oraz pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piekarach Śląskich.**

**2. Dane dotyczące Wykonawcy:**

|  |
| --- |
| **Nazwa (firma) Wykonawcy:****Adres:** |
| **Nr REGON / NIP** | **Telefon / Faks** | **E-mail** |
| *Poniższe dane podaję dobrowolnie, w celu usprawnienia kontaktu**z Zamawiającym w zakresie prowadzonego postępowania* |
|  |  |  |

**3. Cena ofertowa zamówienia** (podana cyfrowo)………………….….zł brutto w tym VAT…………%

(Maksymalna wartość zamówienia w zakresie sumy wierszy 1-15 kolumny piątej „Wartość brutto” poniższej tabeli cenowej)

3.1. Tabela cenowa:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres badania | Przewidywalna liczba osób do badańA | Cena jednostkowa bruttoB | Wartość brutto(A + B) = C |
| 1 | Stanowisko administracyjno-biurowe (praca powyżej 4 godzin na dobę z monitorem ekranowym) wraz z wystawieniem orzeczenia |  53 |  |  |
| 2 | Stanowisko administracyjno-biurowe wraz z dodatkowym badaniem dla pracowników posiadających zgodę na prowadzenie samochodu prywatnego do celów służbowych na terenie miasta Zamawiającego maksymalnie do 300 km miesięcznie (praca powyżej 4 godzin na dobę z monitorem ekranowym) wraz z wystawieniem orzeczenia | 10 |  |  |
| 3 | Stanowisko pomocnicze i obsługi, w tym pracownik socjalny, asystent rodziny, opiekun, instruktor terapii zajęciowej (praca przy monitorze ekranowym poniżej 4 godzin na dobę, mikroklimat zmienny) | 35 |  |  |
| 4 | * 1. S Stanowisko pomocnicze i obsługi wraz z dodatkowym badaniem dla pracowników posiadających zgodę na prowadzenie samochodu prywatnego do celów służbowych na terenie miasta Zamawiającego maksymalnie do 300 km miesięcznie, w tym pracownik socjalny, asystent rodziny, opiekun, instruktor terapii zajęciowej (praca przy monitorze ekranowym poniżej 4 godzin na dobę, mikroklimat zmienny)
 | 12 |  |  |
| 5 | Stanowisko pomocnicze i obsługi wraz z dodatkowym badaniem na przedłużenie książeczki dla potrzeb sanitarno-epidemiologicznych, w tym pokojowa, opiekun, instruktor terapii zajęciowej (praca przy monitorze ekranowym poniżej 4 godzin na dobę, mikroklimat zmienny) | 6 |  |  |
| 6 | Stanowisko związane z pracę w kuchni (praca na wysokości, używanie ogólnodostępnych środków czystości, w tym z grupy substancji niebezpiecznych, mikroorganizmy głównie przy pracy z surowym mięsem, jajami mogące spowodować np. zarażenie salmonellą lub trudno gojące się rany) | 2 |  |  |
| 7 | Badanie dla pracowników na stanowisku: konserwator, dozorca itp. (praca na wysokości, używanie ogólnodostępnych środków czystości w tym z grupy substancji niebezpiecznych) | 1 |  |  |
| 8 | Badanie dla pracowników na stanowisku: konserwator, dozorca itp. (praca na wysokości, używanie ogólnodostępnych środków czystości, w tym z grupy substancji niebezpiecznych) wraz z dodatkowym badaniem dla pracowników posiadających zgodę na prowadzenie samochodu prywatnego do celów służbowych na terenie miasta Zamawiającego maksymalnie do 300 km miesięcznie | 2 |  |  |
| 9 | Badanie dla pracowników na stanowisku: sprzątaczka itp. (praca na wysokości, używanie ogólnodostępnych środków czystości, w tym z grupy substancji niebezpiecznych) | 6 |  |  |
| 10 | Dodatkowe badanie dla pracowników posiadających kontakt z żywnością | 2 |  |  |
| 11 | Przedłużenie ważności książki dla potrzeb sanitarno-epidemiologicznych | 5 |  |  |
| 12 | * 1. Dodatkowe badania związane z wydaniem zaświadczenia o skróceniu bądź wydłużeniu normy czasu pracy
 | 1 |  |  |
| 13 | Dodatkowe badanie dla pracowników posiadających zgodę na prowadzenie samochodu prywatnego do celów służbowych na terenie miasta Zamawiającego maksymalnie do 300 km miesięcznie | 6 |  |  |
| 14 | Kontrolne badania okulistyczne w przypadku pogorszenia wzroku pracownika wraz z wystawieniem zaświadczenia | 20 |  |  |
| 15 | Badania kontrolne pracowników, którzy przebywali na zwolnieniu lekarskim powyżej 30 dni wraz z wydaniem orzeczenia | 40 |  |  |

**4. Termin realizacji zamówienia**: od dnia 01.01.2023r. do 31.12.2023r.

**5. Warunki płatności: zgodnie z wzorem umowy.**

**6. Niniejszym oświadczam, że:**

6.1. placówka wyznaczona do realizacji usługi znajduje się pod adresem:

………………………………………

………………………........…………

6.2. zapoznałem się z warunkami zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń;

6.3. zapoznałem się z załączonym do zapytania ofertowego wzorem umowy i przyjmuję jego zapisy bez zastrzeżeń;

6.4. przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia;

6.5. jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia składania ofert podanego w zapytaniu ofertowym;

6.6. 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\*\*.

*(\*) 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).*

**8.** Oferta została złożona na ………….. zapisanych stronach, (kolejno ponumerowanych).

………………………………………………………………

*(miejscowość i data)*

……………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*