|  |  |
| --- | --- |
| DKW.2233.23.2023.BM  |  Radom, dn. maja 2023 r. |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na „Wybór wykonawcy usług laboratoryjnych oraz świadczeń medycznych
w ramach medycyny pracy”**

Nazwa Wykonawcy: ....................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................

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

NIP…………………………………………….…………...…. REGON ..….……….………………………………….……………

Nr telefonu: ….......................................................... Nr faksu: …................................................

Email: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu
do składania ofert i za cenę przedstawioną poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Przewidywana ilość na okres obowiązywania umowy** | **Cena netto za pojedyncze badanie / konsultację** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość netto danej pozycji (wartość z kol. 3 x wartość z kol. 4)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Badania** |
| 1. | Morfologia pełna | 100 |  |  |  |
| 2 | Mocz – badanie ogólne | 100 |  |  |  |
| 3 | glukoza  | 100 |  |  |  |
| 4 | Pełny lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy) | 50 |  |  |  |
| 5 | Panel wątrobowy (bilirubina, ALT, AST, GGTP | 100 |  |  |  |
| 6 | Wyłącznie ALT, AST | 100 |  |  |  |
| 7 | Retikulocyty | 35 |  |  |  |
| 8 | Mocznik | 10 |  |  |  |
| 9 | Kreatynina | 10 |  |  |  |
| 10 | Przeciwciała anty HCV | 10 |  |  |  |
| 11 | Przeciwciała anty HBc | 10 |  |  |  |
| 12 | Przeciwciała anty HIV | 10 |  |  |  |
| 13 | Szczepienie przeciwko WZW typu A (I dawka) | 30 |  |  |  |
| 14 | Szczepienie przeciwko WZW typu B (I dawka) | 30 |  |  |  |
|  |
| 15 | Okulista | 200 |  |  |  |
| 16 | neurolog | 15 |  |  |  |
| 17 | laryngolog | 15 |  |  |  |
| 18 | kardiolog | 15 |  |  |  |
| 19 | pulmunolog | 10 |  |  |  |
| 20 | dermatolog | 10 |  |  |  |
| 21 | psychiatra | 5 |  |  |  |
| 22 | neurolog - opinia lekarska | 1 |  |  |  |
| 23 | laryngolog - opinia lekarska | 1 |  |  |  |
| 24 | kardiolog - opinia lekarska | 1 |  |  |  |
| 25 | psychiatra - opinia lekarska | 1 |  |  |  |
| 26 | chirurg - opinia lekarska | 1 |  |  |  |
| 27 | RTG klatki piersiowej z opisem | 200 |  |  |  |
| 28 | Audiogram | 50 |  |  |  |
| 29 | EKG | 200 |  |  |  |
| 30 | Spirometria | 2 |  |  |  |
| 31 | EEG | 2 |  |  |  |
| 32 | Badanie psychologiczne kierowcy | 3 |  |  |  |
| 33 | Badanie psychotoniczne (badanie predyspozycji do wykonywnaia czynności np.. Operatora urządzeń) | 10 |  |  |  |
| 34 | Badanie psychologiczne w zakresie psychologii transportu (dla kierowców kat. C i wyższych, pojazdów uprzywilejowanych, kierowców realizujących transport drogowy - orzeczenie dla Wydziału Komunikacji; zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08.07.2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowiksu kierowcy) | 5 |  |  |  |
| 35 | Badanie sanitarno-epidemiologiczne | 15 |  |  |  |
| RAZEM (wszystkie pozycje) |  |

**KRYTERIUM „B” „czas dojazdu publicznymi środkami transportu”**

Czas dojazdu (publicznymi środkami transportu) z miejscowości świadczenia usług do miejscowości siedziby Zamawiającego (26-600 Radom)

Czas dojazdu …………………………………………………………………………………………. godzin.

Równocześnie oświadczamy, że:

1. zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do zaproszenia
do składania ofert, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.
3. ustanawiamy warunki płatności: płatność przelewem w terminie 30 dni od momentu otrzymania przez AŚ Radom prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury zgodnie z zapisami wzoru umowy.
4. nie posługiwaliśmy się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi w przygotowaniu prowadzonego postępowania.
5. akceptujemy fakt, iż ilość usług zdrowotnych wyszczególnionych w tabeli powyżej, jest ilością szacunkową i służy jedynie wyłącznie do wyliczenia ceny oferty i wyboru Wykonawcy. Użyte przez Wykonawcę (który złoży ofertę najkorzystniejszą) do obliczenia ceny oferowanej, **ceny jednostkowe za badania / konsultacje będą stałe w okresie obowiązywania umowy.**
6. Zamawiający nie ponosi konsekwencji finansowych zmniejszenia ilości badań. Wykonawcy należy się wynagrodzenie za faktycznie przeprowadzone badania.
7. Na kolejno.......... ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

Załączniki do niniejszej oferty stanowią:

* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..

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

 (data) (pieczęć i podpis osoby upoważnionej)