

**Nr sprawy: ZP/6/2022 Załącznik nr 1 do SWZ**

**Uniwersytet Medyczny w Łodzi**

**Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź**

**FORMULARZ OFERTY**

**MODYFIKACJA Z DNIA 20.01.2022 R.**

**Dane Wykonawcy:**

Wykonawca/Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

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

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

REGON: …………………………….……………….…………

NIP: ………………………………………………………………………………

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:

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

Nr telefonu: …………………………………..………; e-mail: ………………………………………………………………….

Oferta w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym - art. 275 pkt 1 w związku z zamówieniami na usługi społeczne i inne szczególne usługi - art. 359 pkt 2 - ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:

**Usługę sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i kandydatami do pracy w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.**

Oferujemy wykonanie zamówienia wg kryteriów:

**Kryterium nr 1. - Cena:**

**Cena łączna netto/brutto: ....................... zł** *(proszę zsumować wszystkie wartości łączne z punktów a)-g) poniżej).*

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

1. **Badania wstępne:**

**Cena jednostkowa** za badanie wstępne netto/brutto: ………………… ***(proszę uzupełnić)***

**Wartość łączna** za 236 badań wstępnych netto/brutto: ……………. **(proszę uzupełnić)**

1. **Badania okresowe:**

**Cena jednostkowa** za badanie okresowe netto/brutto: ………………… ***(proszę uzupełnić)***

**Wartość łączna** za 1 282 badań okresowych netto/brutto: ……………. **(proszę uzupełnić)**

1. **Badania kontrolne:**

**Cena jednostkowa** za badanie kontrolne netto/brutto: ………………… ***(proszę uzupełnić)***

**Wartość łączna** za 96 badań kontrolnych netto/brutto: ……………. **(proszę uzupełnić)**

1. **Badania sanitarno-epidemiologiczne:**

**Cena jednostkowa** za badania sanitarno–epiemiologiczne netto/brutto: ………………… ***(proszę uzupełnić)***

**Wartość łączna** za 1 badanie sanitarno–epiemiologiczne netto/brutto: ……………. **(proszę uzupełnić)**

1. **Konsultacje lekarza medycyny z wydaniem orzeczenia lekarskiego o potrzebie udzielania nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia:**

**Cena jednostkowa** konsultacji lekarza medycyny z wydaniem orzeczenia lekarskiego o potrzebie udzielania nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia netto/brutto: ………………… ***(proszę uzupełnić)***

**Wartość łączna** za 1 konsultację lekarza medycyny z wydaniem orzeczenia lekarskiego o potrzebie udzielania nauczycielowi akademickiemu urlopu dla poratowania zdrowia netto/brutto: ……………. **(proszę uzupełnić)**

1. **Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B:**

**Cena jednostkowa** szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B netto/brutto: ………………… ***(proszę uzupełnić)***

**Wartość łączna** za 1 szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B netto/brutto: ……………. **(proszę uzupełnić)**

1. **Udział w komisji BHP:**

**Cena jednostkowa** za udział w Komisji BHP netto/brutto: ………………… ***(proszę uzupełnić)***

**Wartość łączna** za 1 udział w Komisji BHP netto/brutto: ……………. **(proszę uzupełnić)**

**Kryterium nr 2. - Skrócenie terminu wykonania badań dla pozostałych pracowników (poza kadrą zarządzającą i stanowiskami profesorskimi):**

Wykonawca oferuje skrócenie terminu wykonania badań dla pozostałych pracowników (poza kadrą zarządzającą i stanowiskami profesorskimi) z 2 dni roboczych do 1 dnia roboczego\*

Wykonawca nie oferuje skrócenia terminu wykonania badań dla pozostałych pracowników (poza kadrą zarządzającą i stanowiskami profesorskimi) z 2 dni roboczych do 1 dnia roboczego\*

**\*) – niepotrzebne skreślić**

**Oświadczenia:**

1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminie określonym w SWZ oraz we Wzorze umowy.
2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami, w tym ze Wzorem umowy, akceptujemy je i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1.
5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienie nastąpi na zasadach opisanych we Wzorze umowy, w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
6. Oświadczamy, że jesteśmy **(niepotrzebne skreślić)**:

* mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)
* małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)
* średnim przedsiębiorstwem(to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR).

1. Oświadczamy, że lekarze wykonujący czynności w zakresie realizacji zamówienia, są zatrudniani na podstawie umowy o pracę.
2. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**

*(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**

1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**Dotyczy wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w zakresie warunku (wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia):**

Zgodnie z artykułem 117 ust. 4 ustawy Pzp oświadczam, że poszczególne usługi zostaną wykonane przez:

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca | Zakres usług |
| 1. |  |
| 2. |  |

**Formularz oferty – zał. nr 1 do SWZ musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy.**