............................., ….……..…….…. r.

NAG.261.86.2024

**Oferta na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wojewódzkiego Biura Geodezji i Urządzania Terenów Rolnych
w Lublinie oraz Pracowni Terenowych w Białej Podlaskiej, Lublinie i Zamościu.**

1. Nazwa, adres Wykonawcy, NIP, REGON, KRS, adres e-mail, nr telefonu

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

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

1. Odpowiadając na Zapytanie ofertowe w sprawie świadczenia usług medycznych, oferujemy realizację zamówienia w placówkach medycznych wskazanych w poniższej tabeli:

Tabela nr 1 – Wykaz placówek medycznych Wykonawcy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres placówki medycznej | Telefon, adres e-mail | Godziny pracy /wykonywania usług | Godziny i sposób rejestracji |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Cena oferty (suma wartości brutto z kolumny nr 5 z Tabeli nr 2):

brutto: ……………..…… zł (słownie brutto: ……………….……), w tym podatek VAT: … zł.

1. Cena jednostkowa brutto obejmuje wszystkie koszty za zrealizowaną usługę (w przypadku badań profilaktycznych: przeprowadzone badania, konsultacje i wydanie stosownego orzeczenia). W kolumnie 3, Wykonawca wyceni wszystkie świadczenia wpisane w kolumnie 6 do danego stanowiska pracy. W trakcie obowiązywania umowy ilość planowanych świadczeń może ulec zmianie.
2. W kolumnie nr 6, Wykonawca określi wszystkie badania i konsultacje, jakie będzie wykonywał pracownikom zatrudnionym na stanowisku wskazanym w kol. 2, ze względu na warunki pracy i występujące czynniki szkodliwe lub uciążliwe na danym stanowisku pracy
3. Tabela nr 2 – Rodzaje, ceny oraz planowana ilość badań/świadczeń w okresie obowiązywania umowy – suma wartości brutto stanowi cenę oferty:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania / świadczenia | Cena jednostkowa brutto | Planowana ilość świadczeń  | Wartość brutto  | Rodzaj badań na danym stanowisku z uwzględnieniem czynników i środowiska pracy  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | Badania wstępne i okresowe dla pracowników zatrudnionych na następujących stanowiskach: |  |  |  |  |
|  | **kierowniczych**: - obsługa komputera, - prowadzenie samochodu w celach służbowych (kat. B), - sporadycznie narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta; |  | 8 |  |  |
|  | **kierowniczych**: - obsługa komputera, - prowadzenie samochodu w celach służbowych (kat. B); |  | 5 |  |  |
|  | **kierowniczych:**- obsługa komputera, - prowadzenie samochodu w celach służbowych (prawo jazdy kat. B),- praca na otwartej przestrzeni, w zmiennych warunkach atmosferycznych, w terenach lesistych, narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta, - ręczne prace transportowe; |  | 8 |  |  |
|  | **kierownicze:**- obsługa komputera,- praca na otwartej przestrzeni, w zmiennych warunkach atmosferycznych, w terenach lesistych, narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta,- ręczne prace transportowe;  |  | 3 |  |  |
|  | **kierowniczych**: - obsługa komputera; |  | 2 |  |  |
|  | **administracyjno-biurowych**:- obsługa komputera; |  | 20 |  |  |
|  | **administracyjno-biurowych**: - obsługa komputera,- prowadzenie samochodu w celach służbowych (kat. B), - sporadycznie ręczne prace transportowe; |  | 5 |  |  |
|  | **magazynier**:- obsługa komputera, - praca na wysokości (do 3 m), - sporadycznie ręczne prace transportowe; |  | 2 |  |  |
|  | **administracyjno-biurowych**: - obsługa komputera, - praca na wysokości (do 3 m), - narażenie na czynniki: grzyby pleśniowe, roztocza kurzu domowego i inne o działaniu uczulającym;  |  | 2 |  |  |
|  | **administracyjno-biurowych**: - obsługa komputera, - prowadzenie samochodu w celach służbowych (kat. B), - sporadycznie narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta; |  | 7 |  |  |
|  | **administracyjno-biurowych**: - obsługa komputera, - sporadycznie narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta; |  | 1 |  |  |
|  | **inżynieryjno – technicznych (klasyfikator)**:- obsługa komputera, - praca na otwartej przestrzeni, w zmiennych warunkach atmosferycznych, w terenach lesistych, narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta; |  | 2 |  |  |
|  | **inżynieryjno – technicznych (klasyfikator)**:- prowadzenie samochodu w celach służbowych (kat. B)- obsługa komputera, - praca na otwartej przestrzeni, w zmiennych warunkach atmosferycznych, w terenach lesistych, narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta |  | 3 |  |  |
|  | **inżynieryjno – technicznych (geodeta)**: - obsługa komputera, - praca na otwartej przestrzeni, w zmiennych warunkach atmosferycznych, w terenach lesistych, narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta, - ręczne prace transportowe; |  | 9 |  |  |
|  | **inżynieryjno – technicznych (geodeta)**: - obsługa komputera,- prowadzenie samochodu w celach służbowych (prawo jazdy kat. B), - praca na otwartej przestrzeni, w zmiennych warunkach atmosferycznych, w terenach lesistych, narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta,- ręczne prace transportowe;  |  | 56 |  |  |
|  | **kierowca:** (prawo jazdy kat. B), sporadycznie ręczne prace transportowe i praca na otwartej przestrzeni; |  | 2 |  |  |
|  | **robotniczych** **(pomiarowy)**: - prowadzenie samochodu w celach służbowych (prawo jazdy kat. B), - praca na otwartej przestrzeni, w zmiennych warunkach atmosferycznych, w terenach lesistych, narażenie na czynniki chorobotwórcze przenoszone przez kleszcze, inne owady lub zwierzęta,- praca przy komputerze- ręczne prace transportowe; |  | 8 |  |  |
|  | **sprzątaczka**:- substancje chemiczne (środki czystości), - praca na wysokości do 3 m. |  | 5 |  |  |
|  | **Konserwator:**-prowadzenie samochodu w celach  służbowych (prawo jazdy kat. B)-praca na otwartej przestrzeni w  zmiennych warunkach  atmosferycznych, w terenach  lesistych, narażenie na czynniki  chorobotwórcze przenoszone przez  kleszcze, inne owady lub zwierzęta-ręczne prace transportowe-prace na wysokości powyżej 3 m |  | 3 |  |  |
|  | Badania kontrolne |  | 10 |  |  |
|  | Badania okulistyczne (kontrolne, uzupełniające w przypadku zmiany wady wzroku) |  | 3 |  |  |
|  | Szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (konsultacja lekarska, szczepionka i wykonanie szczepienia) |  | 37 |  |  |
| **SUMA** (Cena oferty): |  |  |

1. Płatność: na podstawie miesięcznej faktury (odrębnej dla szczepień i odrębnej dla pozostałych świadczeń), obejmującej wszystkie badania/świadczenia wykonane w danym miesiącu we wszystkich placówkach Wykonawcy. Załącznikiem do faktury będzie wykaz osób, których dotyczy płatność oraz rodzaj wykonanych badań/konsultacji. Termin płatności faktury: 21 dni od daty wpływu faktury do Zamawiającego.
2. Cennik poszczególnych rodzajów badań laboratoryjnych, specjalistycznych lub konsultacji zlecanych przez lekarza medycyny pracy, nieujętych w ww. grupach badań na poszczególnych stanowiskach pracy (kol. 6), a niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby skierowanej na badania, stanowi załącznik do oferty.
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia oraz wymogami określonymi w zapytaniu ofertowym i wzorze umowy oraz, że nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
5. Oświadczamy, że posiadamy wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, pod numerem: .......................................
6. Oświadczamy, że jesteśmy uprawnieni i posiadamy uprawniony personel medyczny do wykonywania w pełnym zakresie usług medycznych, o których mowa w Kodeksie pracy oraz zadań określonych ustawą o służbie medycyny pracy i spełniamy warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.
7. Oświadczamy, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie w miejscu i czasie wskazanym przez Zamawiającego.
8. Załącznikami do niniejszego formularza oferty stanowiącymi integralną część oferty są:
9. Cennik
10. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą wraz z potwierdzeniem opłacenia polisy
11. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z prowadzoną działalnością pozamedyczną oraz wszelkie szkody w związku z posiadanym i użytkowanym mieniem związanym z prowadzoną działalnością wraz
z potwierdzeniem opłacenia polisy
12. ………………………………………..

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

 (imienna pieczątka oraz czytelny podpis osoby uprawnionej

 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)