

Załącznik nr 1 – formularz ofertowy

.....
miejsowość, data.....
(pieczętka Oferenta)

Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie
ul. Raclawicka 13
75-620 Koszalin

OFERTA

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty cenowej na zadanie pn.:

**Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy na rzecz osób bezrobotnych
oraz pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Koszalinie***na podst. art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych*

Ja (My), niżej podpisany (ni) działając w imieniu i na rzecz

.....
(pełna nazwa Oferenta).....
(adres siedziby Oferenta)

REGON..... NIP

nr telefonu nr faxu e-mail

w odpowiedzi na zaproszenie w ramach zapytania ofertowego składam(y) niniejszą ofertę na wykonanie usługi zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w umowie.

1. Oferuję wykonanie usługi będącej przedmiotem zamówienia za kwotę (suma wartości podanych w kalkulacji należności – łączna suma wszystkich grup osób uprawnionych):

Cena netto..... (słownie.....)

VAT% tj.....zł

Cena brutto (słownie.....)

2. Oświadczam(y), że warunki określone w zapytaniu ofertowym i projekcie umowy akceptuję(my).

3. Oświadczam(y), że oferowana cena obejmuje wszelkie koszty realizacji zamówienia.

4. Oświadczam(y), że badania odbywać się będą w (adresy i nazwy bazy lokalowej)

.....

KALKULACJA NALEŻNOŚCI:

I. BADANIA PRACOWNIKÓW PUP:

1. PRACOWNICY

| LP | RODZAJ BADANIA | ILOŚĆ | CENA BADANIA | WARTOŚĆ BADANIA (DANE Z KOLUMNY 3*DANE Z KOLUMNY 4) |
|------|---|-------|--------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badanie wstępne, okresowe, kontrolne + wydanie orzeczenia | 35 | | |
| 2 | Morfologia | 35 | | |
| 3 | Poziom cukru | 35 | | |
| 4 | OB. | 35 | | |
| 5 | Cholesterol całkowity | 35 | | |
| 6 | Badanie moczu (ogólne) | 35 | | |
| 7 | Badanie okulistyczne | 35 | | |
| 8 | RTG klatki piersiowej | 35 | | |
| SUMA | | | | |

2. KADRA KIEROWNICZA

| LP | RODZAJ BADANIA | ILOŚĆ | CENA BADANIA | WARTOŚĆ BADANIA (DANE Z KOLUMNY 3*DANE Z KOLUMNY 4) |
|------|---|-------|--------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badanie wstępne, okresowe, kontrolne + wydanie orzeczenia | 4 | | |
| 2 | Morfologia | 4 | | |
| 3 | Poziom cukru | 4 | | |
| 4 | OB. | 4 | | |
| 5 | Cholesterol całkowity | 4 | | |
| 6 | Badanie moczu (ogólne) | 4 | | |
| 7 | Badanie okulistyczne | 4 | | |
| 8 | RTG klatki piersiowej | 4 | | |
| 9 | EKG + opis | 4 | | |
| SUMA | | | | |

II. STAŻYŚCI, OSOBY BEZROBOTNE KIEROWANE DO PRACY, OSOBY BEZROBOTNE KIEROWANE NA PZD, BON SZKOLENIOWY

| LP | RODZAJ BADANIA | IŁOŚĆ | CENA BADANIA | WARTOŚĆ BADANIA (DANE Z KOLUMNY 3*DANE Z KOLUMNY 4) |
|------|--------------------------------------|-------|--------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badanie wstępne + wydanie orzeczenia | 90 | | |
| 2 | Morfologia | 90 | | |
| 3 | Poziom cukru | 90 | | |
| 4 | Badanie moczu (ogólne) | 90 | | |
| 5 | Badanie okulistyczne | 90 | | |
| SUMA | | | | |

III. BADANIA OSÓB BEZROBOTNYCH SKIEROWANYCH NA SZKOLENIE:

1. OPERATOR WÓZKA WIDŁOWEGO

| LP | RODZAJ BADANIA | IŁOŚĆ | CENA BADANIA | WARTOŚĆ BADANIA (DANE Z KOLUMNY 3*DANE Z KOLUMNY 4) |
|------|--------------------------------------|-------|--------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badanie wstępne + wydanie orzeczenia | 80 | | |
| 2 | Morfologia | 80 | | |
| 3 | Poziom cukru | 80 | | |
| 4 | Badanie moczu (ogólne) | 80 | | |
| 5 | Badanie okulistyczne | 80 | | |
| 6 | Badanie neurologiczne | 80 | | |
| 7 | Testy psychologiczne | 80 | | |
| SUMA | | | | |

....., dnia

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Oferenta)

Załącznik nr 2 – oświadczenie Oferenta o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

.....
(pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Ja (My), niżej podpisany (ni) działając w imieniu i na rzecz

.....
(pełna nazwa Oferenta)

.....
(adres siedziby Oferenta)

REGON..... NIP

nr telefonu nr faxu e-mail

w odpowiedzi na zaproszenie w ramach zapytania ofertowego pn. „**Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy na rzecz osób bezrobotnych oraz pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Koszalinie**” oświadczam(my), że Oferent, którego reprezentuję(jemy):

- a) posiada wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)
- b) jest zarejestrowany w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy zgodnie z wymogami ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1155)
- c) dysponuje co najmniej 1 osobą posiadającą odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje
(.....
.....)

Imię i nazwisko lekarza medycyny pracy, który będzie uczestniczył w realizacji przedmiotu zamówienia

....., dnia

.....
podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Oferenta

