*Załącznik nr 1*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do zaproszenia do składania ofert o wartości szacunkowej nieprzekraczającej równowartości kwoty 30.000 euro z dnia ……………………………**

|  |
| --- |
| **Nr. ZAO.AO.271.9.2018.IO-H** |

W związku z prośbą Biura Związku Gmin Regionu Płockiego o przedstawienie oferty cenowej na świadczenie usług z zakresu medycyny pracy w związku z obowiązkiem pracodawcy wynikającym z art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2014 r Nr 0, poz. 1502 z późn. zm.) dla **46 pracowników** administracyjnych Biura Związku Gmin Regionu Płockiego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 1996 nr 69, poz. 332 z pózn. zm.) przedstawiamy ofertę naszej firmy.

W ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, Lekarz Medycyny Pracy będzie przeprowadzał lub zlecał badania niezbędne do wydania pracownikom orzeczeń o zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku, zgodnie z zakresem określonym w Kodeksie Pracy, ustawie o służbie medycyny pracy oraz przepisach wydanych na ich podstawie.

Nazwa wykonawcy: …........................................Siedziba wykonawcy:......................................................................

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

Tel .....................................................................; Faks ..............................................................................................................

Adres poczty elektronicznej …..........................................................................................................................................

Osoba do kontaktu..................................................... e-mail.....................................tel...................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podstawowy zakres badań** | **Cena jednostkowa netto za jednego pracownika** | **Cena jednostkowa brutto za jednego pracownika** |
| Badanie wstępne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Badanie kontrolne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Badanie okresowe + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Koszt badań dodatkowych** | **Cena jednostkowa netto za jednego pracownika** | **Cena jednostkowa brutto za jednego pracownika** |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych: badanie wstępne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych: badanie kontrolne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych: badanie okresowe + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych + pracujący na wysokości do 3 m: badanie wstępne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych + pracujący na wysokości do 3 m: badanie kontrolne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych + pracujący na wysokości do 3 m: badanie okresowe + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych + pracujący na wysokości do 3 m + pracujący w pobliżu odpadów komunalnych: badanie wstępne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych + pracujący na wysokości do 3 m + pracujący w pobliżu odpadów komunalnych: badanie kontrolne + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |
| Pracownik administracyjny prowadzący samochód prywatny do celów służbowych + pracujący na wysokości do 3 m + pracujący w pobliżu odpadów komunalnych: badanie okresowe + orzeczenie lekarskie wydawane do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy |  |  |

**………………..…………………………………….**

**Data i podpis Wykonawcy**

**OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia w zakresie przeprowadzania badań profilaktycznych będą posiadać zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Wykonawcy

Oświadczam, że firma ….................................................…………… dysponuje placówką zlokalizowaną w ….................................... przy ul. …..............................................................................

tj. w granicach administracyjnych miasta …..............................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Wykonawcy

Oświadczam, że firma ….............................................................................. zapewni możliwość wykonania wszystkich badań (lekarza medycyny pracy, specjalistów, pobór materiału do badań laboratoryjnych, badania dodatkowe) w jednym miejscu w ciągu **………… dni** roboczych od dnia okazania skierowania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Wykonawcy

Oświadczam, że firma ….............................................................................. zapewni możliwość zgłoszenia się pracownika do wyznaczonej placówki ze skierowaniem w terminie do 3 dni od dnia zgłoszenia telefonicznego/e-mail potrzeby wykonania badań przez pracodawcę.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Wykonawcy

Oświadczam, iż przedstawiona przez firmę ………………………………….. wraz z niniejszymi oświadczeniami oferta będzie stanowiła załącznik do zawartej pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym umowy. Wykonawca oświadcza, że będzie wykonywał zawartą umowę zgodnie z deklaracjami złożonymi w niniejszej ofercie oraz zgodnie z zakresem usługi zawartym w zapytaniu ofertowym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Wykonawcy