|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMULARZ OFERTOWY |
| Strona |  |
| z ogólnej liczby stron |  |

(pieczęć wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 1:** **FORMULARZ OFERTOWY**

**Przedmiotem zamówienia są usługi medyczne polegające na przeprowadzeniu badań lekarskich lub psychologicznych dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Rybniku**

1. **Zarejestrowana nazwa Wykonawcy :**

 **. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

 **. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . .**

**2. Zarejestrowany adres Wykonawcy :**

 **. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . .**

 **. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**3. Numer telefonu : . . . . . . . . . . . . . . . . . …………………………………………………**

**4. Numer faxu: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . …………………………………………………..**

**5. E-mail: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**6. Nazwa Banku . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**7. Numer konta bankowego : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .**

 **. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**8.Numer NIP . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. .**

**9. REGON . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ... …**

Oferujemy wykonanie zamówienia, którego przedmiotem są usługi medyczne polegające na przeprowadzeniu badań lekarskich lub psychologicznych dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Rybniku za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Szacunkowa Ilość badań** | **CENA** |
| **jednostkowa brutto** | **całkowita brutto** |
| **1.** | **Badanie lekarskie profilaktyczne wstępne z wydaniem zaświadczenia** | **400** |  |  |
| **2.** | **Badanie lekarza specjalisty (np. okulista, laryngolog, neurolog)**  | **60** |  |  |
| **3.** | **Badania psychologiczne osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących prace na stanowisku kierowcy** | **30** |  |  |
| **4.** | **Badania psychologiczne (psychotechniczne) - wózki widłowe, sprzęt ciężki, wysokościowe** | **6** |  |  |
| **5.** | **Badania lekarskie osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców – wydanie orzeczenia** | **20** |  |  |
| **6.**  | **Badania lekarskie dla kierowców w celu uzyskania świadectwa kwalifikacji zawodowej (przed kursem kwalifikacji wstępnej)** | **20** |  |  |
| **7.**  | **Badania dla kierowców dot. widzenia zmierzchowego i nocnego/badanie zjawiska olśnienia** | **20** |  |  |
| **8.** | **Badania psychologiczne (np. badanie osobowości, predyspozycji itp.)** | **1** |  |  |
| **9.** | **Badania psychiatryczne** | **1** |  |  |
| **10.** | **Badanie lekarskie dla celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem zaświadczenia oraz wpisem do książeczki zdrowia** | **35** |  |  |
| **11.** | **Badania laboratoryjne - kał na nosicielstwo** | **15** |  |  |
| **12.** | **Zdjęcie płuc duże z opisem** | **10** |  |  |
| **13.** | **EKG** | **15** |  |  |
| **14.** | **Badania spirometryczne + ustnik + opis** | **10** |  |  |
| **15.** | **Audiogram** | **5** |  |  |
| **16.** | **Morfologia – 16 parametrów**  | **120** |  |  |
| **17.** | **Ogólne badanie moczu** | **40** |  |  |
| **18.** | **Badania lekarskie ( w tym badania okulistyczne i psychiatryczne) osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony**  | **3** |  |  |
| **19.** | **Badania psychologiczne osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony**  | **3** |  |  |
| **20.** | **ALAT** | **10** |  |  |
| **21.** | **ASPAT** | **10** |  |  |
| **22.** | **GGTP** | **10** |  |  |
| **23.** | **Lipidogram** | **10** |  |  |
| **24.** | **Kreatynina** | **30** |  |  |
| **25.** | **Bilirubina** | **10** |  |  |
| **26.** | **Oznaczenie stężenia cholesterolu** | **10** |  |  |
| **27.** | **Stężenie glukozy we krwi** | **50** |  |  |
| **28.** | **Badanie narządu wzroku przeprowadzone przez lekarza medycyny pracy** | **60** |  |  |
| **29.** | **Badanie laryngologiczne przeprowadzone przez lekarza medycyny pracy** | **10** |  |  |
| **30.** | **Badanie neurologiczne przeprowadzone przez lekarza medycyny pracy** | **10** |  |  |
| **31.** | **Próba oziębienia z termometrią skórną + próba uciskowa** | **2** |  |  |
| **32.** | **Pobranie krwi** | **120** |  |  |
| **32.** | **Razem:** |  |  |  |

**Łączna cena (należy podać cyfrowo i słownie): …….…………………………………….** z

Oświadczam, że:

1. przedstawiony projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty – do zawarcia umowy na tych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. niniejsza oferta jest ważna 30 dni.
3. jestem /nie jestem\*) płatnikiem podatku VAT
4. posiadam wpis do rejestru zgłoszeń, potwierdzający podjęcie działalności w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy – zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 437 ze zm.).

Placówka(i), w której(ych) będą wykonywane usługi objęte przedmiotem zamówienia to:

a) ……………………………………………………………………………………………………………….

b)……………………………………………………………………………………………………………….

c) ………………………………………………………………………………………………………………

 (należy wskazać nazwę, adres)

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

 podpis przedstawiciela Wykonawcy

data……………………………….................

\* niepotrzebne skreślić