Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: …………………...……………………………………………………

Adres: ………………………………………………………………………………………..

NIP:……………………………………….

REGON:……………………………………

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym:

Imię i Nazwisko: …………………………….………………………………………………………

Stanowisko: ………………………………..…………...……………………………………………

Nr telefonu: ……………………………………..…...………………………………………………

E-mail: ……………………………………………...……..…………………………………………

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert na **świadczenie usług z medycznych w zakresie medycyny pracy w Regionalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska w Warszawie**, oferujemy następujące stawki ryczałtowe:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Ilość** | **Badania wchodzące w zakres usługi** | **Cena netto** | **Vat** | **Cena Brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Uwagi** | **Czas realizacji (dni)** |
| 1 | Badania wstępne | 40 |  | 00,0 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 2 | Badania okresowe | 80 |  | 00,0 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 3 | Badania kontrolne | 20 |  | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 4 | Badania lekarskie pracowników korzystających z samochodów służbowych | 35 |   | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 5 | Szczepienie przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (dawka przypominająca) | 25 |   | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 6 | Szczepienie przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (dawka pierwotna) | 25 |   | 00,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| 7 | Badania dodatkowe wynikające z zakresu medycyny pracy (proszę uzupełnić jakie, np. EKG, wpisując w każdej z pozycji Ilość – wartość 4): |
| 7.1 | ......................................... | 4 | n/d | 0,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| ... | ......................................... | 4 | n/d | 0,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
| ... | ......................................... | 4 | n/d | 0,00 zł |  % | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |   |   |
|  | **Wartość łącznie (suma pozycji 1 – 7)** | **0,00 zł** | **0,00 zł** |  |  |
|  | Wypełnia osoba składająca ofertę |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczamy, że:

* 1. Posiadamy umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. poz. 1729) .
	2. Prowadzimy działalność gospodarcza w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych i posiadamy wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzony przez uprawniony organ.
	3. Przedmiot zamówienia wykonamy siłami własnymi\*;
	4. Powierzymy następującym podwykonawcom realizację następujących części zamówienia\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa (firma) podwykonawcy | Część (zakres) przedmiotu zamówienia powierzony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

**Uwagi:**

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

**Do oferty załączono:**

1. Wykaz placówek Wykonawcy;
2. Zasady świadczenia usług medycyny pracy
3. Wzór skierowania na badania

.................................... , dnia ..................................

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

*( podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy )*