

## Załącznik Nr 1a do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

### FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych znak sprawy DAT/42/2/2021, zgodnie z wymaganiami określonymi w SWKO dla tego postępowania składamy niniejszą ofertę

#### DANE DOTYCZĄCE OFERENTA

Nazwa Oferenta .....;

Adres ..... Oferenta ..... ;

Adres dla korespondencji: .....;

NIP: ....., Regon .....;

Telefon - .....;

Adres ..... (e-mail) .....;

Opis lokalizacji siedziby (tj. dojazd z dworca PKS, PKP itp.) .....;

.....;

.....;

.....;

Imię i Nazwisko osoby koordynującej organizację badań .....;

#### OFERTA CENOWA

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy obejmujące: badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia z wyłączeniem kandydatów i słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych dla dorosłych, regulowane Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół, studentów i doktorantów(t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1651- zwanego dalej *Rozporządzeniem*) oraz art.5 ust.1 pkt. 4 i 5, art.5 ust.2 pkt. 2 i 3, art.6 ust.3, art.12 ust.1, art.21 ust. 1 pkt. 2 oraz art.21a ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. z 2019 poz.1175) **za cenę:**

**Oferta na zadanie nr ..... tj. ....**

/podać numer oraz nazwę zadania zgodnie z pkt. 3.5. „Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert”/

**Oferowana cena jednostkowa netto badania jednego pacjenta z wydaniem orzeczenia wynosi ..... zł.**

Stawka podatku VAT .....

**Oferowana cena jednostkowa brutto badania jednego pacjenta z wydaniem orzeczenia wynosi ..... zł.**

Słownie .....

**Oferowana ilość badań do wykonania wynosi .....**

Uwaga! przez cenę jednostkową badania należy rozumieć całkowitą należność za wykonanie badania jednego pacjenta, w zakresie wynikającym z przepisów 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 (Dz. U. Nr 69 poz. 332 z późn. zm.)

Oświadczam, że posiadam staż zawodowy w poniżej opisanych zakresach wynoszący (zaznaczyć x):

Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy	1-5 lat	powyżej 5 lat

Oświadczam, że posiadam odpowiednią infrastrukturę niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć x):

	w pełnym zakresie	nie w pełnym zakresie*
Jednostka posiada odpowiednią infrastrukturę (strukturę organizacyjną) niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy.		

\*W przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne należy wypełnić punkt II Oświadczenia Oferenta, którego wzór stanowi Załącznik Nr 4 do Formularza Oferty

Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą w następujące dni (zaznaczyć x):

Wybrane dni robocze w tygodniu	
Wszystkie dni robocze w tygodniu	

Oświadczam, że Jednostka zapewnia zdolność kontynuacji, działalność w 2021 roku (zaznaczyć x):

	TAK	NIE
Jednostka zapewnia zdolność kontynuacji, działalności w 2021 roku w nie zmniejszonym istotnie zakresie		
Jednostka nie jest w stanie zapewnić kontynuacji, działalności w 2021 roku w nie zmniejszonym istotnie zakresie		

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję warunek, że nie złożenie przeze mnie żądanych przez Udzielającego Zamówienia dokumentów może spowodować odrzucenie oferty.

..... (miejscowość) data .....

.....  
Podpis i pieczęć upoważnionego  
przedstawiciela Oferenta