**Załącznik nr 1 do Zaproszenia**

*pieczęć firmowa Wykonawcy*

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 0110-KLL2.261.30.2017.2 z dnia …...października 2017 r. na wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej zgodnie z wymaganiami określonymi w Zaproszeniu do składania ofert, składamy ofertę na realizację usług będących przedmiotem zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Część 1 –** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej w Bielsku-Białej, Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Bielsku-Białej, Krajowej Informacji Skarbowej Wydziału w Cieszynie, | **□**\*) |
| **Część 2 –** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej Wydziału w Będzinie, | **□**\*) |
| **Część 3 –** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Lesznie, | **□**\*) |
| **Część 4 –** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Płocku, | **□**\*) |
| **Część 5 –** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Toruniu, | **□**\*) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za niżej określoną cenę:**   **Dla części 1\*\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej w Bielsku-Białej, Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Bielsku-Białej, Krajowej Informacji Skarbowej Wydziału w Cieszynie. | | | | | | **□\*)** |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań** | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe |  | 111 |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 10 |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 8 |  |
| 4 | badania okulistyczne |  | 108 |  |
| 5 | badania neurologiczne |  | 11 |  |
| 6 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) |  | 24 |  |
| 7 | badania laryngologiczne (foniatyczne) |  | 24 |  |
| 8 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |  | 7 |  |
| 9 | badanie okulistyczne – badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 7 |  |
| 10 | badania EKG |  | 113 |  |
| 11 | audiogram |  | 24 |  |
| 12 | OB. |  | 125 |  |
| 13 | morfologia |  | 125 |  |
| 14 | Mocz |  | 125 |  |
| 15 | Morfologia z rozmazem płytki krwi |  | 5 |  |
| 16 | retikulocyty |  | 5 |  |
| 17 | Profil lipidowy |  | 102 |  |
| 18 | glukoza |  | 16 |  |
| 19 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 3 |  |
| 20 | spirometria |  | 3 |  |
| **21** | **SUMA** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................  …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...… złotych  *(słownie:........................................................................................................................................................................................ zł)* |

\*\*\*) wypełnić dla oferowanych części

**Dla części 2\*\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej Wydziału w Będzinie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań** | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe |  | 69 |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 11 |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 8 |  |
| 4 | badania okulistyczne |  | 73 |  |
| 5 | badania neurologiczne |  | 6 |  |
| 6 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) |  | 58 |  |
| 7 | badania laryngologiczne (foniatyczne) |  | 58 |  |
| 8 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |  | 3 |  |
| 9 | badanie okulistyczne – badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 3 |  |
| 10 | badania EKG |  | 74 |  |
| 11 | audiogram |  | 58 |  |
| 12 | OB. |  | 78 |  |
| 13 | morfologia |  | 78 |  |
| 14 | mocz |  | 78 |  |
| 15 | Profil lipidowy |  | 66 |  |
| 16 | glukoza |  | 8 |  |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 1 |  |
| 18 | spirometria |  | 1 |  |
| **19** | **SUMA** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................  …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...… złotych  *(słownie:........................................................................................................................................................................................ zł)* |

\*\*\*) wypełnić dla oferowanych części

**Dla części 3\*\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Lesznie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań** | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe |  | 91 |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 10 |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 8 |  |
| 4 | badania okulistyczne |  | 96 |  |
| 5 | badania neurologiczne |  | 7 |  |
| 6 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) |  | 23 |  |
| 7 | badania laryngologiczne (foniatyczne) |  | 23 |  |
| 8 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |  | 7 |  |
| 9 | badanie okulistyczne – badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 7 |  |
| 10 | badania EKG |  | 98 |  |
| 11 | audiogram |  | 23 |  |
| 12 | OB. |  | 102 |  |
| 13 | morfologia |  | 102 |  |
| 14 | mocz |  | 102 |  |
| 15 | Profil lipidowy |  | 87 |  |
| 16 | glukoza |  | 13 |  |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 1 |  |
| 18 | spirometria |  | 1 |  |
| **19** | **SUMA** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................  …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...… złotych  *(słownie:........................................................................................................................................................................................ zł)* |

\*\*\*) wypełnić dla oferowanych części

**Dla części 4\*\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Płocku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | **Wartość zamówienia** | |
| 1 | badania lekarskie okresowe |  | 53 | |  | |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 10 | |  | |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 8 | |  | |
| 4 | badania okulistyczne |  | 53 | |  | |
| 5 | badania neurologiczne |  | 8 | |  | |
| 6 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) |  | 12 | |  | |
| 7 | Badania laryngologiczne (foniatyczne) |  | 12 | |  | |
| 8 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |  | 6 | |  | |
| 9 | badanie okulistyczne – badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 6 | |  | |
| 10 | badania EKG |  | 55 | |  | |
| 11 | audiogram |  | 12 | |  | |
| 12 | OB |  | 63 | |  | |
| 13 | morfologia |  | 63 | |  | |
| 14 | mocz |  | 63 | |  | |
| 15 | Profil lipidowy |  | 45 | |  | |
| 16 | glukoza |  | 12 | |  | |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 1 | |  | |
| 18 | spirometria |  | 1 | |  | |
| **19** | **SUMA** | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................  …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...… złotych  *(słownie:........................................................................................................................................................................................ zł)* |

\*\*\*) wypełnić dla oferowanych części

**Dla części 5\*\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Toruniu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | **Wartość zamówienia** | |
| 1 | badania lekarskie okresowe |  | 50 | |  | |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 10 | |  | |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 8 | |  | |
| 4 | badania okulistyczne |  | 54 | |  | |
| 5 | badania neurologiczne |  | 6 | |  | |
| 6 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) |  | 16 | |  | |
| 7 | Badania laryngologiczne (foniatyczne) |  | 16 | |  | |
| 8 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |  | 4 | |  | |
| 9 | badanie okulistyczne – badania oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 4 | |  | |
| 10 | badania EKG |  | 55 | |  | |
| 11 | audiogram |  | 16 | |  | |
| 12 | OB |  | 60 | |  | |
| 13 | morfologia |  | 60 | |  | |
| 14 | mocz |  | 60 | |  | |
| 15 | Profil lipidowy |  | 46 | |  | |
| 16 | glukoza |  | 7 | |  | |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 1 | |  | |
| 18 | spirometria |  | 1 | |  | |
| **19** | **SUMA** | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................  …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...… złotych  *(słownie:........................................................................................................................................................................................ zł)* |

\*\*\*) wypełnić dla oferowanych części

1. **Oświadczamy, że akceptujemy określone przez Zamawiającego warunki płatności:**
   1. Rozliczenia przedmiotu umowy następować będą w okresach miesięcznych, zwanych „okresem rozliczeniowym” do 7 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni na podstawie rachunków/faktur wystawionych przez Wykonawcę.
   2. Podstawę do ustalenia kwoty wynagrodzenia stanowić będzie liczba i rodzaj zrealizowanych usług.
   3. Wynagrodzenie miesięczne należne Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy w danym okresie rozliczeniowym, płatne będzie przez Zamawiającego w terminie 14 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionego rachunku/faktury do siedziby Zamawiającego na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w fakturze.
   4. Za datę dokonania płatności strony uznają datę obciążenia rachunku Zamawiającego.
   5. Oświadczamy, że**:**
      1. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
      2. posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia;
      3. dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
   6. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty oraz nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
   7. Oświadczamy, że dołączony do Zaproszenia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego na podanych warunkach**.**
   8. Oświadczamy, że podane w ofercie ceny nie będą podlegać zmianie i waloryzacji.
   9. Klauzule społeczne

Oświadczamy również, że:

* do realizacji przedmiotu zamówienia skierowana zostanie co najmniej jedna osoba zatrudniona na umowę o pracę. Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty przedstawić na życzenie Zamawiającego poświadczoną za zgodność z oryginałem zanonimizowaną kopię umowy o pracę. \*)
* prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą oraz oświadczam również, że prace związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia będę wykonywał/ła osobiście \*)

\*) – zaznaczyć właściwe

**Do oferty załączamy następujące dokumenty:**

1. ……………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| ***Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym:***  ***................................................................................ nr telefonu ......................................................... nr faksu ...................................................... e-mail ............................................................................*** |

|  |
| --- |
| ***Adres do korespondencji - wypełnić jeżeli jest inny niż na pieczęci firmowej:***  ***kod ......................................................... miasto ..............................................................................***  ***ulica nr ....................................................................*** |

…………………….,dnia…….…2017 r. ...………………………………………………..

*podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

\*) zaznaczyć właściwe

\*\*) wpisać zakres

\*\*\*) wypełnić dla oferowanych części