**0110-KLL2.261.69.2018.1 Załącznik nr 1** **do Zaproszenia**

|  |
| --- |
| *Pieczęć firmowa wykonawcy* |

**FORMULARZ OFERTY**

Wykonawca:

Nazwa: …………………………………………………………………………………………

Siedziba: ………………………………………………………………………………………

NIP:……………………………………………………………………………………………

REGON: ………………………………………………………………………………………

Nr telefonu/ faksu: ………………………………………………………………………….…

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 0110-KLL2.261.69.2018.1 z dnia …… listopada 2018 r. na wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej zgodnie z wymaganiami określonymi w Zaproszeniu do składania ofert, składam ofertę na usługę będącą przedmiotem zamówienia dla:

|  |  |
| --- | --- |
| CZĘŚĆ I – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej w Bielsku-Białej, Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Bielsku-Białej, Krajowej Informacji Skarbowej Wydziału w Cieszynie, | **□\*** |
| CZĘŚĆ II – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej Wydziału w Będzinie, | **□\*** |
| CZĘŚĆ III – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Lesznie, | **□\*** |
| CZĘŚĆ IV – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Piotrkowie Trybunalskim, | **□\*** |
| CZĘŚĆ V – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Płocku, | **□\*** |
| CZĘŚĆ VI – 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 brutto** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | | **Wartość zamówienia brutto** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** | |  | **(106)** | **132** | |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | **(14)** |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | **(12)** |  |
| 4 | badania okulistyczne | | |  | **110** | | |  |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia | | |  | **14** | | |  |
| 6 | badania neurologiczne | | |  | **16** | | |  |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) | | |  | **32** | | |  |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) | | |  | **32** | | |  |
| 9 | Audiogram | | |  | **32** | | |  |
| 10 | badania psychologiczne (test oceniający sprawność psychoruchową) | | |  | **14** | | |  |
| 11 | badania EKG | | |  | **104** | | |  |
| 12 | OB | | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |  | **(104)** | | **104** |  |
| 13 | Morfologia | |  | **(104)** | |  |
| 14 | Mocz | |  | **(104)** | |  |
| 15 | morfologia z rozmazem płytki krwi | | |  |  | | |  |
| 16 | Retikulocyty | | |  |  | | |  |
| 17 | profil lipidowy | | |  | **92** | | |  |
| 18 | Glukoza | | |  | **14** | | |  |
| 19 | RTG (np. kl. piersiowej) | | |  | **5** | | |  |
| 20 | spirometria | | |  | **5** | | |  |
| **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 brutto** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | | **Wartość zamówienia brutto** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | **(28)** | | **40** |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne | |  | **(2)** | |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne | |  | **(10)** | |  |
| 4 | badania okulistyczne | | |  | **30** | | |  |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia | | |  | **6** | | |  |
| 6 | badania neurologiczne | | |  | **6** | | |  |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) | | |  | **20** | | |  |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) | | |  | **20** | | |  |
| 9 | audiogram | | |  | **20** | | |  |
| 10 | badania psychologiczne (test oceniający sprawność psychoruchową) | | |  | **6** | | |  |
| 11 | badania EKG | | |  | **31** | | |  |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** | |  | **(31)** | **31** | |  |
| 13 | morfologia |  | **(31)** |  |
| 14 | mocz |  | **(31)** |  |
| 15 | profil lipidowy | | |  | **21** | | |  |
| 16 | glukoza | | |  | **6** | | |  |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) | | |  | **3** | | |  |
| 18 | spirometria | | |  | **3** | | |  |
| **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 brutto** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | **Wartość zamówienia brutto** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | **(92)** | **107** |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne | |  | **(5)** |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne | |  | **(10)** |  |
| 4 | badania okulistyczne | | |  | **87** | |  |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia | | |  | **6** | |  |
| 6 | badania neurologiczne | | |  | **6** | |  |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) | | |  | **30** | |  |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) | | |  | **30** | |  |
| 9 | audiogram | | |  | **30** | |  |
| 10 | badania psychologiczne (test oceniający sprawność psychoruchową) | | |  | **6** | |  |
| 11 | badania EKG | | |  | **89** | |  |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** | |  | **(89)** | **89** |  |
| 13 | Morfologia |  | **(89)** |  |
| 14 | Mocz |  | **(89)** |  |
| 15 | Profil lipidowy | | |  | **79** | |  |
| 16 | glukoza | | |  | **6** | |  |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) | | |  | **2** | |  |
| 18 | spirometria | | |  | **2** | |  |
| **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 Piotrkowie Trybunalskim.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | | **Cena jednostkowa badania brutto** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | **Wartość zamówienia brutto** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | **(33)** | **42** |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | **(1)** |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | **(8)** |  |
| 4 | badania okulistyczne | |  | **34** | |  |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia | |  | **9** | |  |
| 6 | badania neurologiczne | |  | **9** | |  |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) | |  |  | |  |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) | |  |  | |  |
| 8 | Audiogram | |  |  | |  |
| 9 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową | |  | **9** | |  |
| 10 | badania EKG | |  | **34** | |  |
| 11 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |  | **(34)** | **34** |  |
| 12 | Morfologia |  | **(34)** |  |
| 13 | Mocz |  | **(34)** |  |
| 14 | Profil lipidowy | |  | **26** | |  |
| 15 | Glukoza | |  | **9** | |  |
| 16 | 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 Płocku.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | | | **Cena jednostkowa badania brutto** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | **Wartość zamówienia brutto** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** | |  | **(75)** | **91** |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | **(6)** |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | **(10)** |  |
| 4 | badania okulistyczne | | |  | **71** | |  |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia | | |  | **6** | |  |
| 6 | badania neurologiczne | | |  | **7** | |  |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) | | |  | **30** | |  |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) | | |  | **30** | |  |
| 9 | Audiogram | | |  | **30** | |  |
| 10 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową | | |  | **6** | |  |
| 11 | badania EKG | | |  | **73** | |  |
| 12 | OB. | | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |  | **(73)** | **73** |  |
| 13 | Morfologia | |  | **(73)** |  |
| 14 | Mocz | |  | **(73)** |  |
| 15 | Profil lipidowy | | |  | **67** | |  |
| 16 | Glukoza | | |  | **3** | |  |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) | | |  | **2** | |  |
| 18 | Spirometria | | |  | **2** | |  |
| **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 6\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej Delegatury w Toruniu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | | | **Cena jednostkowa badania brutto** | **Przewidywana ilość osób do badań** | | | **Wartość zamówienia brutto** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | **(55)** | | **66** |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne | |  | **(1)** | |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne | |  | **(10)** | |  |
| 4 | badania okulistyczne | | |  | **46** | | |  |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia | | |  | **8** | | |  |
| 6 | badania neurologiczne | | |  | **8** | | |  |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) | | |  | **17** | | |  |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) | | |  | **17** | | |  |
| 9 | audiogram | | |  | **17** | | |  |
| 10 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową | | |  | **8** | | |  |
| 11 | badania EKG | | |  | **47** | | |  |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** | |  | **(47)** | **47** | |  |
| 13 | Morfologia |  | **(47)** |  |
| 14 | Mocz |  | **(47)** |  |
| 15 | Profil lipidowy | | |  | **37** | | |  |
| 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

**UWAGA: ceny należy określić z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku.**

1. **Warunki płatności:**

Warunki płatności zostały określone w Projekcie umowy stanowiący załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert.

1. **Oświadczam również, że:**
2. Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
3. Posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia.
4. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
5. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty oraz nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
6. Oświadczamy, że podane w ofercie ceny nie będą podlegać zmianie i waloryzacji.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami płatności określonymi w Projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 3 do Zaproszenia.
8. **Oświadczam również, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| W przypadku wyboru naszej oferty wszystkie osoby wykonujące bezpośrednio czynności w zakresie realizacji zamówienia, które polegają na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 par. 1 ustawy z 26 czerwca 1974 roku Kodeks Pracy (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 917 ze zm) będą zatrudnione na podstawie umowy o pracę. | □\*) |
| Prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą oraz oświadczam również, że prace związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia będę wykonywał/ła osobiście | □\*) |

\*zaznaczyć właściwe

1. **Dane do kontaktu z Wykonawcą:**

|  |
| --- |
| 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:  ulica nr …………………………………………, kod ......................, miasto ................................................. |

...…………………….………, dnia …..… listopada 2018 r.

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

*podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

\*) zaznaczyć właściwe

\*\*) wypełnić dla oferowanych części