ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OGŁOSZENIA

FORMULARZ OFERTY

Uwaga: Wypełnia w całości i podpisuje Wykonawca.

Pieczęć Wykonawcy

Nr tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr faxu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JA NIŻEJ PODPISANY

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców) (w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

* 1. Przedkładam ofertę na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Urzędu Statystycznego w Warszawie w latach 2019 - 2022, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia.
  2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp.
  3. Oświadczam, że brak jest podstaw do wykluczenia nas z postępowania z uwagi na okoliczności wskazane przepisem art. 24 ust. 1 Pzp.
  4. Oświadczam, że zapoznałem się z Ogłoszeniem i uznaję się za związanego określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
  5. Oświadczamy, że jesteśmy wpisani do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez …………………………………………………………………………………………………………………………….…………….
  6. Oświadczamy, że dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym i kadrowym do realizacji zamówienia.
  7. Oświadczam, że informacje zawarte w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
  8. Oferujemy realizację następujących części (proszę zaznaczyć właściwe):

1 , 2 , 3 , 4.

* 1. Oferujemy następujące ceny jednostkowe na usługi medycyny pracy:

1. Część 1 – dotyczy usługi dla Urzędu Statystycznego w Warszawie z siedzibą w Warszawie:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj  badań/  czynności | Zakres badań/czynności | | Liczba | Cena jedn. brutto | Iloczyn ceny  (kol. 6 x kol. 7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 |
|  | Badania wstępne,  okresowe | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego (jeżeli będzie taka potrzeba) | 308 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| Badania  laborato-ryjne | morfologia krwi |
| Odczyn Biernackiego (OB) |
| badanie ogólne moczu |
| poziom glukozy |
| lipidogram |
| kwas moczowy |
|  | Badania diagno-styczne | RTG klatki piersiowej |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | spirometria | 1 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | EKG | 24 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | psychotechnika - testy sprawności psychoruchowej | 5 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania lekarskie | okulistyczne z wystawieniem recepty na okulary | 306 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | neurologiczne | 3 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | laryngologiczne | 2 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania kontrolne | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia lekarskiego | 60 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Udział lekarza medycyny pracy w pracach Komisji BHP Urzędu Statystycznego w Warszawie | | | 12 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| **Cena oferty profilaktycznej opieki zdrowotnej wyliczona dla potrzeb porównania oferty**  **(Suma iloczynów)** | | | | | | **---------,-- zł** |

1. Udostępniamy następujące placówki medyczne dla potrzeb realizacji umowy:
2. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: ………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: ……………………………………………………………………………………………………………………….

1. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: ……………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Oferujemy następujące ceny jednostkowe na usługi medycyny pracy:

1. Część 2 – dotyczy usługi dla Urzędu Statystycznego w Warszawie Oddział w Ciechanowie:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj  badań/  czynności | Zakres badań/czynności | | Liczba | Cena jedn. brutto | Iloczyn ceny  (kol. 6 x kol. 7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 |
|  | Badania wstępne,  okresowe | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego (jeżeli będzie taka potrzeba) | 42 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| Badania la-borato-ryjne | morfologia krwi |
| Odczyn Biernackiego (OB) |
| badanie ogólne moczu |
| poziom glukozy |
| lipidogram |
| kwas moczowy |
|  | Badania diagno-styczne | RTG klatki piersiowej |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | spirometria |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | EKG | 2 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | psychotechnika - testy sprawności psychoruchowej | 1 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania lekarskie | okulistyczne z wystawieniem recepty na okulary | 37 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | neurologiczne | 2 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | laryngologiczne |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania kontrolne | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia lekarskiego | 6 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Udział lekarza medycyny pracy w pracach Komisji BHP Urzędu Statystycznego w Warszawie | | | 3 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| **Cena oferty profilaktycznej opieki zdrowotnej wyliczona dla potrzeb porównania oferty**  **(Suma iloczynów)** | | | | | | **---------,-- zł** |

1. Udostępniamy następujące placówki medyczne dla potrzeb realizacji umowy:
2. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: …………………………………………………………………………………………………………..……………

1. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: ……………………………………………………………………………………………………………..…………

* 1. Oferujemy następujące ceny jednostkowe na usługi medycyny pracy:

1. Część 3 – dotyczy usługi dla Urzędu Statystycznego w Warszawie Oddział w Ostrołęce:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj  badań/  czynności | Zakres badań/czynności | | Liczba | Cena jedn. brutto | Iloczyn ceny  (kol. 6 x kol. 7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 |
|  | Badania wstępne,  okresowe | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego (jeżeli będzie taka potrzeba) | 44 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| Badania la-borato-ryjne | morfologia krwi |
| Odczyn Biernackiego (OB) |
| badanie ogólne moczu |
| poziom glukozy |
| lipidogram |
| kwas moczowy |
|  | Badania diagno-styczne | RTG klatki piersiowej |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | spirometria |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | EKG | 1 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | psychotechnika - testy sprawności psychoruchowej | 1 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania lekarskie | okulistyczne z wystawieniem recepty na okulary | 37 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | neurologiczne | 1 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | laryngologiczne |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania kontrolne | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia lekarskiego | 6 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Udział lekarza medycyny pracy w pracach Komisji BHP Urzędu Statystycznego w Warszawie | | | 3 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| **Cena oferty profilaktycznej opieki zdrowotnej wyliczona dla potrzeb porównania oferty**  **(Suma iloczynów)** | | | | | | **---------,-- zł** |

1. Udostępniamy następujące placówki medyczne dla potrzeb realizacji umowy:
2. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: …………………………………………………………………………………………………………..……………

1. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: ……………………………………………………………………………………………………………..…………

* 1. Oferujemy następujące ceny jednostkowe na usługi medycyny pracy:

1. Część 4 – dotyczy usługi dla Urzędu Statystycznego w Warszawie Oddział w Płocku:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj  badań/  czynności | Zakres badań/czynności | | Liczba | Cena jedn. brutto | Iloczyn ceny  (kol. 6 x kol. 7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 |
|  | Badania wstępne,  okresowe | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego (jeżeli będzie taka potrzeba) | 41 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| Badania la-borato-ryjne | morfologia krwi |
| Odczyn Biernackiego (OB) |
| badanie ogólne moczu |
| poziom glukozy |
| lipidogram |
| kwas moczowy |
|  | Badania diagno-styczne | RTG klatki piersiowej |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | spirometria |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | EKG | 1 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | psychotechnika - testy sprawności psychoruchowej |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania lekarskie | okulistyczne z wystawieniem recepty na okulary | 41 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | neurologiczne |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | laryngologiczne |  | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Badania kontrolne | Badania lekarskie | ogólne przez lekarza medycyny pracy  z wydaniem orzeczenia lekarskiego | 6 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
|  | Udział lekarza medycyny pracy w pracach Komisji BHP Urzędu Statystycznego w Warszawie | | | 3 | ---------,-- zł | ---------,-- zł |
| **Cena oferty profilaktycznej opieki zdrowotnej wyliczona dla potrzeb porównania oferty**  **(Suma iloczynów)** | | | | | | **---------,-- zł** |

1. Udostępniamy następujące placówki medyczne dla potrzeb realizacji umowy:
2. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: …………………………………………………………………………………………………………..……………

1. Nazwa placówki: ……………………………………………………………………………………………….………

adres: ……………………………………………………………………………………………………………..…………

* 1. OŚWIADCZAMY, że zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 30 kwietnia 2022 r.
  2. OŚWIADCZAMY, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
  3. OŚWIADCZAM, że przyjmuję do wiadomości, iż termin zapłaty wynosi 21 od dnia prawidłowo wystawionej faktury Zamawiającemu.
  4. OŚWIADCZAMY, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Ogłoszeniu, tj. przez okres 30 dni uwzględniając, że termin składania ofert jest pierwszym dniem biegu terminu.
  5. OŚWIADCZAMY, że oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji.
  6. OŚWIADCZAMY, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
  7. OŚWIADCZAMY, że zobowiązujemy się przestrzegać przepisów ogólnego rozporządzenia 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.).
  8. OŚWIADCZAMY, że zamówienie zrealizujemy sami/przy udziale podwykonawców\*. *(\*niepotrzebne skreślić)*
  9. OŚWIADCZAMY, że podwykonawcom zostaną powierzone do wykonania następujące zakresy zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(opis zamówienia zlecanego podwykonawcy)

* 1. OŚWIADCZAMY, że podwykonawcą będzie firma:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(wpisać nazwę i dane adresowe podmiotu w sytuacji gdy wykazując spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust 1 ustawy Pzp, wykonawca polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, a podmioty te będą brały udział w realizacji części zamówienia)

* 1. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy, stanowiącym załącznik nr 2 do Ogłoszenia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Ogłoszeniu, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
  2. OŚWIADCZAM, że sposób reprezentacji spółki / konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę - spółki cywilne lub konsorcja)*

* 1. OŚWIADCZAM, iż informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazaliśmy w załączniku nr \_\_\_\_\_\_\_ do Formularza Oferty i zastrzegam, że nie mogą być one udostępniane. Na potwierdzenie powyższego, załączam stosowne wyjaśnienia wskazujące, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa z wyłączeniem informacji, o których mowa w art. 86 ust. 4 Pzp.
  2. OŚWIADCZAM, że wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie podatku VAT.
  3. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. OFERTĘ niniejszą składam na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stronach.
  2. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ………………………………….………. str. …….
2. ………………………………….………. str. …….

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

*(Podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy  
 w dokumentach rejestrowych lub we właściwym pełnomocnictwie).*

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

   \* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)