**Załącznik nr 3**

………………………………………………………………

( pieczęć firmowa Wykonawcy)

Tel. …………………………Fax ………………. E mail…………………..

Nr sprawy: WUPIV/5/5035/1/2020

ZAMAWIAJĄCY

Województwo Wielkopolskie -

Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu

ul. Szyperska 14

61-754 Poznań

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe na świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy wraz z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi dla kandydatów do pracy, osób kierowanych na staż i pracowników Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu / Oddziału Zamiejscowego w Kaliszu w 2021 roku składam/y ofertę następującej treści:

1. Oferuję/emy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia
2. Oferujemy wykonanie usługi będącej przedmiotem zamówienia za kwotę w wysokości:

Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu/Oddział Zamiejscowy w Kaliszu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania / konsultacji specjalistycznej** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana ilość badań w 2021 roku** | **Wartość brutto (kolumna 4 x 5 z uwzględnieniem obowiązującej stawki VAT)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | badanie ogólne lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne) z wydaniem orzeczenia |  |  | 5 |  |
| 2. | Konsultacje specjalistyczne | | | | |
|  | badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godz. przy komputerze (obuoczne) |  |  | 5 |  |
| 3. | Podstawowe badanie laboratoryjne (pakiet) | | | | |
|  | OB |  |  | 5 |  |
| Morfologia |  |  | 5 |  |
| Badanie moczu |  |  | 5 |  |
| 4. | badania laboratoryjne pozostałe | | | | |
|  | Cukier we krwi |  |  | 1 |  |
| Cholesterol całkowity |  |  | 1 |  |
| *5.* | *badania dodatkowe – specjalistyczne i laboratoryjne (wykonywane sporadycznie w uzasadnionych przypadkach) –* ***w tej części proszę podać jedynie wartości jednostkowe badań i nie wliczać do łącznej wartości brutto.*** | | | | |
|  | *EKG z opisem komputerowym* |  |  | *X* | *-* |
| *Badanie spirometryczne podstawowe* |  |  | *X* | *-* |
| *Neurolog* |  |  | *X* | *-* |
| *Kardiolog* |  |  | *X* | *-* |
| *Laryngolog* |  |  | *X* | *-* |
| *LDL* |  |  | *X* | *-* |
| *HDL* |  |  | *X* | *-* |
| *trójglicerydy* |  |  | *X* | *-* |
| **Łączna wartość brutto:**  *(suma badań wskazanych w pozycjach 1-4)* | | | | |  |

Wartość netto - …………..

Wartość brutto - …………. (słownie: ……………………………………………)

Miejsce świadczenia usług: ……………………..……………………………………………………………….

1. Przyjmuję/emy do realizacji postawione przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym warunki.
2. Oświadczam/y, że zaoferowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi.
3. Oświadczam/y, że będziemy wykonywali przedmiot zamówienia sukcesywnie od 01.01.2021r. do 31.12.2021r.
4. Uważam/y się za związanego/ych z niniejszą ofertą przez okres 30 dni, który rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
5. Zobowiązuję/emy się w przypadku wybrania mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i w istotnych dla stron postanowieniach umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Załącznikiem do niniejszej oferty jest oświadczenie o spełnieniu warunków udziału.

…………………………………

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

Miejscowość…………dnia…………….roku.