**Załącznik nr 2**

………………………………………………………………

 ( pieczęć firmowa Wykonawcy)

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

Nr sprawy: WUPIV/5/5035/1/2021

ZAMAWIAJĄCY

Województwo Wielkopolskie -

Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu

ul. Szyperska 14

61-754 Poznań

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników, kandydatów do pracy oraz kandydatów na staż  Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu/Oddziału Zamiejscowego w Kaliszu/ Oddziału Zamiejscowego w Koninie/ Oddziału Zamiejscowego w Lesznie/ Oddziału Zamiejscowego w Pile1 w 2022 roku składam/y ofertę następującej treści:

1. Oferuję/emy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia.
2. Oświadczam/y, że zrealizuję/my przedmiot zamówienia na warunkach określonych przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam/y, że zaoferowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi.
4. Oświadczam/y, że wykonam/y przedmiot zamówienia w terminie od 01.01.2022r. do 31.12.2022r.
5. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu składania ofert.
6. Pierwszym dniem terminu związania ofertą jest dzień, w którym upływa termin składania ofert.
7. Zobowiązuję/emy się w przypadku wybrania mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i w projektowanych postanowieniach umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Oferta wraz z załącznikami została złożona na ….. stronach.
9. Niniejszym informuję, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach …….\*/ w pliku o nazwie „Tajemnica przedsiębiorstwa”\* stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji ze względu na następujące okoliczności\*\*…………………………………………………………………………………………….

\*\*Wykonawca winien wykazać zastrzeżenie informacji zgodnie z rozdziałem XVI zapytania ofertowego.

1. Oferujemy wykonanie usługi będącej przedmiotem zamówienia za kwotę w wysokości:

**Część I** Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania / konsultacji specjalistycznej** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana liczba badań w 2022 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  |  |  | 120 |  |
| 2. | Konsultacje specjalistyczne |
|  | badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godz. przy komputerze (obuoczne) |  |  | 117 |  |
| badanie okulistyczne kierowców samochodu osobowego w szczególności oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwość na olśnienie (obuoczne) |  |  | 3 |  |
| badanie psychologiczne kierowców samochodu osobowego kierujących pojazdami w celach służbowych |  |  | 3 |  |
| 3. | Podstawowe badanie laboratoryjne (pakiet) |
|  | OB |  |  | 120 |  |
| Morfologia |  |  | 120 |  |
| Badanie moczu |  |  | 120 |  |
| 4. | Badania specjalistyczne i laboratoryjne pozostałe  |
|  | Cukier we krwi |  |  | 28 |  |
| Lipidogram |  |  | 25 |  |
| EKG z opisem komputerowym |  |  | 25 |  |
| Neurolog |  |  | 3 |  |
| Laryngolog |  |  | 3 |  |
| *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.***  |
|  | *Badanie spirometryczne podstawowe* |  |  | *X* | *-* |
| *Kardiolog* |  |  | *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: ……………………..……………………………………………………………….

**Część II** Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu Oddział Zamiejscowy w Kaliszu1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania / konsultacji specjalistycznej** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana liczba badań w 2022 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  |  |  | 4 |  |
| 2. | Konsultacje specjalistyczne |
|  | badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godz. przy komputerze (obuoczne) |  |  | 3 |  |
| 3. | Podstawowe badanie laboratoryjne (pakiet) |
|  | OB |  |  | 4 |  |
| Morfologia |  |  | 4 |  |
| Badanie moczu |  |  | 4 |  |
| 4. | Badania specjalistyczne i laboratoryjne pozostałe  |
|  | Cukier we krwi |  |  | x |  |
| Lipidogram |  |  | x |  |
| EKG z opisem komputerowym |  |  | x |  |
| *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 1-3)* |  |

Wartość netto - …………..

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

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

**Część III** Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu Oddział Zamiejscowy w Koninie1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania / konsultacji specjalistycznej** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana liczba badań w 2022 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  |  |  | 7 |  |
| 2. | Konsultacje specjalistyczne |
|  | badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godz. przy komputerze (obuoczne) |  |  | 7 |  |
| 3. | Podstawowe badanie laboratoryjne (pakiet) |
|  | OB |  |  | 7 |  |
| Morfologia |  |  | 7 |  |
| Badanie moczu |  |  | 7 |  |
| 4. | Badania specjalistyczne i laboratoryjne pozostałe  |
|  | Cukier we krwi |  |  | x |  |
| Lipidogram |  |  | x |  |
| EKG z opisem komputerowym |  |  | x |  |
| *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 1-3)* |  |

Wartość netto - …………..

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

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

**Część IV** Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu Oddział Zamiejscowy w Lesznie1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania / konsultacji specjalistycznej** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana liczba badań w 2022 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  |  |  | 7 |  |
| 2. | Konsultacje specjalistyczne |
|  | badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godz. przy komputerze (obuoczne) |  |  | 6 |  |
| 3. | Podstawowe badanie laboratoryjne (pakiet) |
|  | OB |  |  | 7 |  |
| Morfologia |  |  | 7 |  |
| Badanie moczu |  |  | 7 |  |
| 4. | Badania laboratoryjne pozostałe  |
|  | Cukier we krwi |  |  | x |  |
| Lipidogram |  |  | x |  |
| EKG z opisem komputerowym |  |  | x |  |
| *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.***  |
|  | *Badanie spirometryczne podstawowe* |  |  | *x* | *-* |
| *EKG z opisem komputerowym* |  |  |  |  |
| *Neurolog* |  |  | *x* | *-* |
| *Kardiolog* |  |  | *x* | *-* |
| *Laryngolog* |  |  | *x* | *-* |
| *LDL* |  |  | *x* | *-* |
| *HDL* |  |  | *x* | *-* |
| *trójglicerydy* |  |  | *x* | *-* |
| **Łączna wartość brutto:***(suma badań wskazanych w pozycjach 1-3)* |  |

Wartość netto - …………..

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

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

**Część V** Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu Oddział Zamiejscowy w Pile1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania / konsultacji specjalistycznej** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Przewidywana liczba badań w 2022 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  |  |  | 4 |  |
| 2. | Konsultacje specjalistyczne |
|  | badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godz. przy komputerze (obuoczne) |  |  | 4 |  |
| 3. | Podstawowe badanie laboratoryjne (pakiet) |
|  | OB |  |  | 4 |  |
| Morfologia |  |  | 4 |  |
| Badanie moczu |  |  | 4 |  |
| 4. | Badania specjalistyczne i laboratoryjne pozostałe  |
|  | Cukier we krwi |  |  | *1* |  |
| Lipidogram |  |  | *1* |  |
| EKG z opisem komputerowym |  |  | *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.***  |
|  | *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: ……………………..……………………………………………………………….

Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:

- Oświadczenie o spełnieniu warunków

- …………………………………………………..

 …………………………………

 *(pieczęć i podpis osoby uprawnionej*

 *do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

Miejscowość…………dnia…………….roku.

**WAŻNA INFORMACJA**

**Oferta musi być sporządzona w języku polskim i mieć formę:**

1. **pisemną (opatrzoną własnoręcznym podpisem) albo**
2. **formę elektroniczną (opatrzoną kwalifikowanym podpisem elektronicznym), lub postać elektroniczną opatrzoną podpisem zaufanym albo podpisem osobistym (e-dowód).**

**Ofertę w formie pisemnej należy umieścić w zamkniętym opakowaniu, uniemożliwiającym odczytanie zawartości, bez uszkodzenia tego opakowania.**

**Ofertę w formie lub postaci elektronicznej składa się za pośrednictwem poczty elektronicznej. Oferta, musi zostać zaszyfrowana poprzez opatrzenie jej hasłem dostępowym uniemożliwiającym otwarcie oferty bez jego posiadania.**

 Zamówienie dzielone. Możliwe wskazanie tylko jednej z wymienionych lokalizacji i uzupełnienie tylko wybranej tabeli dotyczącej części I i/lub części II i/lub części III i/lub części IV i/lub części V.