

**Załącznik nr 3**

………………………………………………………………

( pieczęć firmowa Wykonawcy)

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

Nr sprawy: WUP.IV.5035.1.2024.5

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 oraz pracowników Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu/Oddziału Zamiejscowego w Kaliszu/ Oddziału Zamiejscowego w Koninie/ Oddziału Zamiejscowego w Lesznie/ Oddziału Zamiejscowego w Pile1 w 2025 roku składam/y propozycję oferty o następującej treści:

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **stanowisko pracy** | **rodzaj badania** | **zakres badań/pakiet** | | **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość brutto**  **(6 = 4 x 5)** |
| **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **6** |
| **stanowiska administracyjno-biurowe** | badania wstępne  i okresowe | ob. | | 42 |  |  |
| morfologia | | 42 |  |  |
| badanie moczu | | 42 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | | 42 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | | 42 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobą** | | | |  |  |  |
| **stanowiska kierownicze** | badanie wstępne i okresowe | | ob. | 18 |  |  |
| morfologia | 18 |  |  |
| badanie moczu | 18 |  |  |
| lipidogram | 18 |  |  |
| EKG | 18 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | 18 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | 18 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobą** | | | |  |  |  |
| **stanowisko kierowcy** | badania okresowe | | ob. | 2 |  |  |
| morfologia | 2 |  |  |
| badanie moczu | 2 |  |  |
| badanie okulistyczne kierowców samochodu osobowego w szczególności oceniające widzenie zmierzchowe i wrażliwość na olśnienie (obuoczne) | 2 |  |  |
| glukoza | 2 |  |  |
| laryngolog | 2 |  |  |
| neurolog | 2 |  |  |
| badanie psychologiczne kierowców samochodu osobowego kierujących pojazdami w celach służbowych | 2 |  |  |
|  |  | | lekarz MP - orzeczenie | 2 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobą** | | | |  |  |  |
| **wszystkie stanowiska** |  | | badanie kontrolne z wydaniem orzeczenia lekarza MP | 9 |  |  |
| **wszystkie stanowiska** |  | | badania okulistyczne z tytułu pogorszenia wzroku w trakcie obowiązującego badania lekarskiego | 3 |  |  |
|  |  | | uczestnictwo lekarza w posiedzeniach zakładowej Komisji BHP | 1 |  |  |
| **Łączna wartość brutto:** | | | | | |  |

Wartość netto - …………..

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **stanowisko pracy** | **rodzaj badania** | **zakres badań/pakiet** | | **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość brutto**  **(6 = 4 x 5)** |
| **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **6** |
| **stanowiska administracyjno-biurowe** | badania wstępne  i okresowe | ob. | | 2 |  |  |
| morfologia | | 2 |  |  |
| badanie moczu | | 2 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | | 2 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | | 2 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobą** | | | |  |  |  |
| **stanowisko sprzątaczka – praca na wysokości do 3 m** | badania okresowe | | ob. | 1 |  |  |
| morfologia | 1 |  |  |
| badanie moczu | 1 |  |  |
| glukoza | 1 |  |  |
| EKG | 1 |  |  |
| badanie okulistyczne | 1 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | 1 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobą** | | | |  |  |  |
| **wszystkie stanowiska** |  | | badanie kontrolne z wydaniem orzeczenia lekarza MP | 1 |  |  |
| **wszystkie stanowiska** |  | | badania okulistyczne z tytułu pogorszenia wzroku w trakcie obowiązującego badania lekarskiego | 1 |  |  |
|  |  | | uczestnictwo lekarza w posiedzeniach zakładowej Komisji BHP | 1 |  |  |
| **Łączna wartość brutto:** | | | | | |  |

Wartość netto - …………..

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **stanowisko pracy** | **rodzaj badania** | **zakres badań/pakiet** | | **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość brutto**  **(6 = 4 x 5)** |
| **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **6** |
| **stanowiska administracyjno-biurowe** | badania wstępne  i okresowe | ob. | | 4 |  |  |
| morfologia | | 4 |  |  |
| badanie moczu | | 4 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | | 4 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | | 4 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobą** | | | |  |  |  |
| **Wszystkie stanowiska** |  | | badanie kontrolne z wydaniem orzeczenia lekarza MP | 1 |  |  |
| **wszystkie stanowiska** |  | | badania okulistyczne z tytułu pogorszenia wzroku w trakcie obowiązującego badania lekarskiego | 1 |  |  |
|  |  | | uczestnictwo lekarza w posiedzeniach zakładowej Komisji BHP | 1 |  |  |
| **Łączna wartość brutto:** | | | | | |  |

Wartość netto - …………..

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **stanowisko pracy** | **rodzaj badania** | **zakres badań/pakiet** | **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość brutto**  **(6 = 4 x 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| stanowiska administracyjno-biurowe | badania wstępne  i okresowe | ob. | 1 |  |  |
| morfologia | 1 |  |  |
| badanie moczu | 1 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | 1 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | 1 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobę** | | |  |  |  |
| stanowisko kierownicze | badania wstępne i okresowe | ob. | 1 |  |  |
| morfologia | 1 |  |  |
| badanie moczu | 1 |  |  |
| lipidogram | 1 |  |  |
| EKG | 1 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | 1 |  |  |
| Lekarz MP - orzeczenie | 1 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobę** | | |  |  |  |
| stanowisko sprzątaczka – praca na wysokości do 3 m | badanie okresowe | ob. | 1 |  |  |
| morfologia | 1 |  |  |
| badanie moczu | 1 |  |  |
| glukoza | 1 |  |  |
| EKG | 1 |  |  |
| okulista | 1 |  |  |
| Lekarz MP - orzeczenie | 1 |  |  |
| **łączny koszt w/w pakietu za 1 osobę** | | |  |  |  |
| wszystkie stanowiska |  | badanie kontrolne z wydaniem orzeczenia lekarza MP | 1 |  |  |
| wszystkie stanowiska |  | badania okulistyczne z tytułu pogorszenia wzroku w trakcie obowiązującego badania lekarskiego | 1 |  |  |
|  |  | uczestnictwo lekarza w posiedzeniach zakładowej Komisji BHP | 1 |  |  |
| **Łączna wartość brutto:** | | | | |  |

Wartość netto - …………..

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **stanowisko pracy** | **rodzaj badania** | **zakres badań/pakiet** | | **ilość** | **cena jednostkowa** | **wartość brutto**  **(6 = 4 x 5)** |
| **1** | **2** | **3** | | **4** | **5** | **6** |
| stanowiska administracyjno-biurowe | badania wstępne  i okresowe | ob. | | 2 |  |  |
| morfologia | | 2 |  |  |
| badanie moczu | | 2 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | | 2 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | | 2 |  |  |
| **Łączny koszt w/w pakietu za 1 osobą** | | | |  |  |  |
| stanowisko kierownicze | badania wstępne i okresowe | | ob. | 1 |  |  |
| morfologia | 1 |  |  |
| badanie moczu | 1 |  |  |
| lipidogram | 1 |  |  |
| EKG | 1 |  |  |
| badanie okulistyczne dla osób pracujących powyżej 4 godzin przy monitorze ekranowym, w badaniu narządu wzroku - ocena ostrości widzenia | 1 |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie | 1 |  |  |
| **Łączny koszt w/w pakietu za 1 osobę** | | | |  |  |  |
| Wszystkie stanowiska |  | | badanie kontrolne z wydaniem orzeczenia lekarza MP | 1 |  |  |
| wszystkie stanowiska |  | | badania okulistyczne z tytułu pogorszenia wzroku w trakcie obowiązującego badania lekarskiego | 1 |  |  |
|  |  | | uczestnictwo lekarza w posiedzeniach zakładowej Komisji BHP | 1 |  |  |
| **Łączna wartość brutto:** | | | | | |  |

Wartość netto - …………..

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

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

…………………………………

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu*

*Wykonawcy)*

Miejscowość………………dnia…………….roku.

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.