Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

Ja niżej podpisany/My niżej podpisani \*

.………………………………………............................................................................……………………………...................…………………………………………………………………………………………………………………………..……….…………………………………………………………………………………………………………………………………… działając w imieniu i na rzecz: ………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy(firmy) id dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

nawiązując do zapytania ofertowego na ~~dostawę /\*~~ usługę /\* ~~robotę budowlaną\*~~ pod nazwą: **„***Świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny pracy dla Placówek Nadodrzańskiego Oddziału Straży Granicznej w Krośnie Odrzańskim”*składam (my) ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym oraz zawartym w nim opisem przedmiotu zamówienia.

1. Oświadczam (my), że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym oraz opisem przedmiotu zamówienia w nim zawartym oraz wyjaśnieniami i zmianami w opisie przedmiotu zamówienia i nie wnosimy zastrzeżeń.
2. Oświadczam (my), iż przedmiot zamówienia wykonamy zgodnie z zapytaniem ofertowym oraz opisem przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam (my), iż przedmiot zamówienia wykonamy w terminie …………………………………………………..
4. Oświadczam (my), że zamówienie wykonamy samodzielnie bez udziału podwykonawców\*/
zamówienie wykonamy przy udziale podwykonawców\* w następującym zakresie …..…………………
firmy ………………………….. (\*niepotrzebne skreślić w przypadku braku skreśleń zamawiający uzna, że wykonawca wykona zamówienie samodzielnie).
5. Oświadczam (my), że zapoznaliśmy się z istotnymi dla stron postanowieniami umowy i zobowiązujemy
się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych zgodnie z ofertą, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
6. Oświadczam (my), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Wszelką korespondencję w sprawie przedmiotowego postępowania należy kierować na poniższy
adres: .......................………………………….............. tel.: …………….……fax: …………….…e-mail: ……………………………
8. Niniejszym oferujemy cenę, zgodnie z warunkami zawartymi w Zapytaniu ofertowym na kwotę: ………………………………………………………………………………………………………………………………

***BADANIA Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY dla funkcjonariuszy i pracowników z Placówki Straży Granicznej we Wrocławiu-Strachowicach, Placówki Straży Granicznej w Kłodzku, Placówki Straży Granicznej w Legnicy, Placówki Straży Granicznej w Zgorzelcu oraz Placówki Straży Granicznej w Jeleniej Górze w województwie dolnośląskim - polegające na wykonaniu:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa** | **Ilość badań** | **Wartość brutto w zł** | **VAT****%** |
| 1 | badanie lekarza medycyny pracy i wydanie orzeczenia o braku lub istnieniu p/wskazań do pracy na określonym stanowisku |  |  |  |  |
| 2 | wydaniu orzeczenia dotyczącego oceny istnienia niezdolności do służby ze stwierdzoną uprzednio chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby |  |  |  |  |
| 3 | wpis o braku p/wskazań do uczestnictwa w szkoleniu, zawodach sportowych, nieetatowym pododdziale odwodowym |  |  |  |  |
| 4 | badanie lekarskie kierowców i kandydatów na kierowców + wydanie orzeczenia lekarskiego |  |  |  |  |
| 5 | badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych + wydanie orzeczenia lekarskiego |  |  |  |  |
| 6 | badanie lekarskie osób narażonych na promieniowanie jonizujące |  |  |  |  |
| 7 | badanie lekarskie osób w przypadku ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny |  |  |  |  |
| 8 | kwalifikowanie przez lekarza na turnusy profilaktyczno-rehabilitacyjne i antystresowe |  |  |  |  |
| 9 | współpraca lekarza profilaktyka w zakresie: \*współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie, \*współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących jego następstwem,\*udzielanie pracodawcom i pracującym porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy, informowanie pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego,\* wdrażanie zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka |  |  |  |  |
| 10 | kwalifikowanie do szczepień |  |  |  |  |
| szczepienie \*p/grypie |  |  |  |  |
| 11 | laryngolog (badanie + audiogram) |  |  |  |  |
| 12 | 1. podstawowe badanie okulistyczne w zakresie profilaktyki zdrowotnej
 |  |  |  |  |
| 13 | 1. badanie okulistyczne wynikające z pracy przy monitorze ekranowym + wystawienie zaświadczenia do pracy przy monitorze ekranowym
 |  |  |  |  |
| 14 | neurolog |  |  |  |  |
| 15 | dermatolog |  |  |  |  |
| 16 | psychiatra |  |  |  |  |
| 17 | badane widzenie w mroku i wrażliwość na olśnienie- |  |  |  |  |
| 18 | badanie psychotechniczne kierowców |  |  |  |  |
| 19 | badanie psychologiczne w ramach badań profilaktycznych |  |  |  |  |
| 20 | badanie psychologiczne kwalifikujące na turnusy profilaktyczno – rehabilitacyjne i antystresowe |  |  |  |  |
| 21 | Rtg klatki piersiowej |  |  |  |  |
| 22 | Spirometria |  |  |  |  |
| 23 | EKG spoczynkowe |  |  |  |  |
| 24 | EKG wysiłkowe |  |  |  |  |
| 25 | Morfologia |  |  |  |  |
| 26 | Morfologia z rozmazem + płytki |  |  |  |  |
| 27 | OB |  |  |  |  |
| 28 | Badanie ogólne moczu |  |  |  |  |
| 29 | Glukoza |  |  |  |  |
| 30 | Cholesterol |  |  |  |  |
| 31 | Trójglicerydy |  |  |  |  |
| 32 | Lipidogram |  |  |  |  |
| 33 | WR |  |  |  |  |
| 34 | anty-HBs |  |  |  |  |
| 35 | HBC |  |  |  |  |
| 36 | ALT |  |  |  |  |
| 37 | ASP |  |  |  |  |
| 38 | Bilirubina |  |  |  |  |
| 39 | HIV Ag |  |  |  |  |
| 40 | HCV |  |  |  |  |
| 41 | Kreatynina |  |  |  |  |
| 42 | Retikulocyty |  |  |  |  |
| 43 | Szybki test na gruźlicę typu IGRA |  |  |  |  |
| 44 | Poziom ołowiu |  |  |  |  |

9. Miejsce wykonania usług (adres): …………………………………………………………………………………………………………………….

10. Załączniki do oferty, stanowiący jej integralną część są: ………………………………………..…………………………………………...

ŁĄCZNIE:

NETTO ……………………………….….PLN

VAT ………..%, wartość……………..…PLN

BRUTTO ………………………………...PLN

SŁOWNIE…………………………………………………………………………………………………………………………………..

\* niepotrzebne skreślić

dnia ……………..  *…………………….…………………*

***(podpis (y) osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy, w przypadku
 oferty wspólnej – podpis pełnomocnika wykonawcy)***