**Załącznik nr 1** – **Wzór Formularza Oferty**

**FORMULARZ OFERTY**

**Na:**

**„Świadczenie usług profilaktycznej opieki zdrowotnej pracowników PWiK spółka z o.o.”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego** | **5/02/2026/OZ** |

* 1. **ZAMAWIAJĄCY:**

Przedsiębiorstwo Wodociągów i Kanalizacji sp. z o.o.

ul. Iglasta 5; 27-200 Starachowice

1. **WYKONAWCA:**

**Niniejsza oferta zostaje złożona przez:**

……………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres wykonawcy)

……………………………………………………………………………………………

Tel........................................... faks ……………………….. e-mail ………………………..

REGON ………………………… NIP ……………………………..

1. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Nr faksu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

Po zapoznaniu się z warunkami zamówienia podejmujemy się niniejszym świadczenia usługi profilaktycznej opieki zdrowotnej pracowników PWiK sp. z o.o. zgodnie z opisanymi warunkami i za wynagrodzenie, zwane dalej ceną ofertową, w wysokości: ………………………… zł,

wynikającą z zestawienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opis** | **Ilość\*** | **Cena jedn.** | **Wartość** |
| Badania wstępne kandydatów do pracy -  praca na wysokości | 3 |  |  |
| Badania wstępne kandydatów do pracy -  pozostali pracownicy | 3 |  |  |
| Badania okresowe pracowników -  praca na wysokości | 33 |  |  |
| Badania okresowe pracowników -  pozostali pracownicy | 31 |  |  |
| Badania kontrolne pracowników powracających po niezdolności do pracy pow. 30 dni –  praca na wysokości | 10 |  |  |
| Badania kontrolne pracowników powracających po niezdolności do pracy pow. 30 dni –  pozostali pracownicy | 5 |  |  |
| Badania lekarskie kierowców wykonujących przewóz drogowy  (bez badań psychologicznych!) | 3 |  |  |
| Badania lekarskie kierowców związane z przedłużeniem prawa jazdy (bez badań psychologicznych) | 3 |  |  |
| Orzecznictwo lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych | 2 |  |  |
| Orzecznictwo lekarskie inne niż wyżej wymienione | 2 |  |  |
| **Suma** | | |  |

*\* Podana ilość badań nie jest wielkością przedmiotu zamówienia.*

Oświadczmy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu tj:

1. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień a w szczególności jesteśmy wpisani do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2011 poz. 654)

2. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie;

3. dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, zapewniamy realizację świadczeń na terenie gminy Starachowice;

4. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

5. nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie §29 Regulaminu udzielania zamówień obowiązującym w PWiK sp. z o.o.

Podpis(y) osoby/osób upoważnionych

………………………………………