Zał. nr 2

**Formularz ofertowy – Pakiet profilaktycznych badań krwi dla 200 pracowników Urzędu Miasta Bydgoszczy (2026)**

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr księgi rejestrowej z RPWDL: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

NIP: …………………………………… REGON: ………………………………………… KRS (jeśli dotyczy): ………………………………………………..

Nr tel. i adres e-mail do kontaktu w sprawie postępowania: ………………………………………………………………………………………..

Nawiązując do ogłoszenia składam ofertę na:  
**Pakiet profilaktycznych badań krwi dla 200 pracowników Urzędu Miasta Bydgoszczy (2026)**

Cena za realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia, uwzględnia wszystkie elementy kosztów wykonania przedmiotu zamówienia

- wynosi łącznie: ……….…………………… zł (słownie: ………………………………………………………………..………………… 00/100),

zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENT PAKIETU BADAŃ** | **CENA JEDNOSTKOWA ZA ELEMENT PAKIETU [zł]** | **CENA ZA PAKIET DLA 1 OS. (suma cen jednostk.) [zł]** | **LICZBA OSÓB** | **ŁACZNY KOSZT USŁUGI (cena za pakiet x liczba os.)** |
| Pobranie krwi żylnej |  |  | 200 |  |
| Morfologia pełna |  |
| CRP (ilościowo) |  |
| OB |  |
| Glukoza, Insulina, Wskaźnik HOMA-IR |  |
| Hemoglobina glikow. |  |
| Lipidogram(TG,CHOL, HDL, LDL, nie-HDL) |  |
| Homocysteina |  |
| Lipoproteina (a) |  |
| Kreatynina, eGFR |  |
| Kwas moczowy |  |
| ALT |  |
| AST |  |
| GGTP |  |
| Bilirubina |  |
| TSH |  |
| FT3 |  |
| FT4 |  |
| Sód |  |
| Potas |  |
| Magnez |  |
| Żelazo |  |
| Ferrytyna |  |
| Wapń |  |
| Wit. D3 25(OH) |  |
| Wit. B12 |  |
| Kwas foliowy |  |
| Markery (jedna cena dla tej pozycji): dla mężczyzn tPSA, a dla kobiet do wyboru CA-125 lub CEA |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba punktów pobrań jakie Wykonawca udostępni do wykonania badań w ramach zamówienia na terenie Bydgoszczy: |  | Podane liczby są zgodne z wykazem punktów pobrań w Bydgoszczy (zawierającym adres i inf. o dostępności architekton.), stanowiącym załącznik do mojej oferty. |
| w tym liczba dostępnych architektonicznie dla osób z niepełnosprawnością ruchową (np. poruszających się na wózku inwalidzkim): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Laboratorium, do którego zostanie przekazany materiał z punktów pobrań - adres i numer wpisu do KIDL: |  |

|  |
| --- |
| Deklaruję zatrudnienie/oddelegowanie bezpośrednio do czynności w ramach realizacji zamówienia ………….… (wpisać liczbę np. 0 lub 1) os. z niepełnosprawnością, posiadającej/ych odpowiednie orzeczenie, przy czym Zamawiający ma prawo do weryfikacji zatrudnienia osoby o tym statusie na etapie realizacji zamówienia. Czynności w ramach zamówienia, do jakich planuję zatrudnić/oddelegować osobę/y o tym statusie:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Oświadczam, że:**

* przedmiotowa usługa zdrowotna będzie zwolniona z podatku VAT, a płatność za realizację zamówienia może się odbywać w podziale na faktury miesięczne, pod warunkiem przyjęcia wskazanych w tabeli powyżej kosztów jednostkowych do wyliczenia wartości faktury;

* posiadam uprawnienia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia, a także znajduję się w sytuacji ekonomicznej  
  i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
* składana oferta jest ważna przez cały okres związania ofertą oraz zgodna z treścią Opisu Przedmiotu Zamówienia, zawartego w Załączniku nr 1 do Zapytania ofertowego;
* akceptuję wzór umowy stanowiący Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego;
* nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.  
  o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 507).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………….. (miejscowość, data) |  | ……………………………………………………………………………………… Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy |