Załącznik do Zapytania Ofertowego z dnia 10.12.2025 r.

.......................................

Pieczęć oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

**(DOT. ZAPYTANIA OFERTOWEGO - "** **SPRAWOWANIE PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD PRACOWNIKAMI I KANDYDATAMI DO PRACY W MIEJSKIEJ BIBLIOTECE PUBLICZNEJ IM. TADEUSZA RÓŻEWICZA WE WROCŁAWIU”)**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa oferenta**  **NIP**  **REGON** | **Adres oferenta** | **Nr telefonu i adres email** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Cena netto badania** | **Cena brutto badania** |
| **1** | Badanie lekarza medycyny pracy (wstępne, okresowe, kontrolne) z wydaniem orzeczenia |  |  |
| **2** | konsultacja lekarza specjalisty (okulista, neurolog, laryngolog, psycholog – każda pojedyncza konsultacja) |  |  |
| **3** | Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB, badanie moczu) |  |  |
| **Suma** | |  |  |

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z:
3. ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz.437 ze zm.)
4. rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 607 ze zm.)
5. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie uprawnienia, do wykonywania badań z zakresu medycyny pracy.
6. Oświadczamy, że posiadamy niezbędna wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia .
7. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostaną niezmienne przez cały okres trwania umowy.
8. Informujemy że badania będą prowadzone w…………………………………………………

ul………………………………………………………………………………..

w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od...............do..........................

1. Informujemy że rejestracja na badania przez pracowników Zamawiającego będzie odbywać się za pomocą……………

............................................ ...................................................

Miejscowość i data Podpis osoby upoważnionej