

**Załącznik nr 1 do Zapytania publicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Wykonawcy** | |
| Nazwa (firma) Wykonawcy: |  |
| Adres Wykonawcy: |  |
| nr telefonu: |  |
| adres e-mail: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| reprezentowany przez |  |
| Nazwa (firma) Wykonawcy: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  imię, nazwisko osoby/osób uprawnionych  do reprezentowania Wykonawcy |

**Do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

**Oddział w Słupsku**

**Plac Zwycięstwa 8**

**76-200 Słupsk**

**(Zamawiający)**

# **FORMULARZ OFERTOWY**

**Znak postępowania: 370000.273.16.2024-ZAP**

W odpowiedzi na Zapytanie publiczne, którego przedmiotem zamówienia jest świadczenie przez Wykonawcę na rzecz ZUS Oddział w Słupsku Inspektorat w **Chojnicach** usług medycznych z zakresu medycyny pracy polegających na wykonywaniu badań profilaktycznych dla pracowników, kandydatów do pracy, stażystów, kandydatów na stażystów, rezydentów składam /składamy niniejszą ofertę:

# **I. PRZEDMIOT I CENA OFERTY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość badań (szt.) /przewidywana liczba osób** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** | **Wartość brutto (cena w zł) –**  **kol. 3 x kol. 4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **BADANIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY** | | | | |
| 1 | Badanie profilaktyczne z wydaniem zaświadczenia, w tym badanie profilaktyczne w celu wydania zaświadczenia o celowości stosowania wydłużonej normy czasu pracy (osoby niepełnosprawne) | 80 |  |  |
| **BADANIE OKULISTY** | | | | |
| 2 | Badanie okulistyczne w przypadku pogorszenia się wzroku lub w ramach badań wstępnych, okresowych lub kontrolnych, z wystawieniem zaświadczenia | 73 |  |  |
| **POZOSTAŁE BADANIA LEKARSKIE, LABORATORYJNE I DIAGNOSTYCZNE** | | | | |
| 3 | Laryngolog – badanie laryngologiczne\*, CKK | 8 |  |  |
| 4 | Neurolog – badanie neurologiczne\* | 5 |  |  |
| 5 | Morfologia krwi z rozmazem + pobranie | 67 |  |  |
| 6 | Badanie OB | 67 |  |  |
| 7 | Badanie ogólne moczu | 67 |  |  |
| 8 | Badanie poziomu cukru - glukoza | 67 |  |  |
| 9 | Profil lipidowy - cholesterol +HDL+LDL+trójglicerydy | 67 |  |  |
| 10 | ALAT\* | 2 |  |  |
| 11 | ASPAT\* | 2 |  |  |
| 12 | EKG \*\*\*\* | 3 |  |  |
| 13 | Badania psychotechniczne kierujących pojazdami do 3,5 t\*\*\* | 5 |  |  |
| 14 | Badania zmierzchowe i olśnienia\*\* | 5 |  |  |
| 15 | RTG płuc | 39 |  |  |
| 16 | Badanie słuchu- audiogram \*, CKK | 2 |  |  |
| 17 | Spirometria\*\*\*\*\* | 3 |  |  |
| **UDZIAŁ LEKARZA MED. PRACY W KOMISJI BHP ORAZ ZESPOŁU DS. OCENY RYZYKA ZAWODOWEGO** | | | | |
| 18 | Udział lekarza medycyny pracy w Komisji BHP oraz zespołu ds. oceny ryzyka zawodowego | 10 |  |  |
| 19 | **Łączna cena brutto (zł) – suma wierszy od 1 do 18:** | | |  |
| 20 | **Wartość netto (zł):** | | |  |
| 21 | **Wartość podatku VAT (zł):** | | |  |
| 22 | **Stawka podatku VAT (%):** | | |  |

\* dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach robotniczych

\*\* dla pracowników użytkujących samochód prywatny w celach służbowych

\*\*\* dla pracowników zatrudnionych na stanowisku kierowcy kat. B

\*\*\*\* dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach decyzyjnych, obsługi klientów i Centrum Kontaktu Klientów ZUS

\*\*\*\*\* dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach robotniczych i Wydziale Obsługi Dokumentacji

CKK dla pracowników zatrudnionych w Centrum Kontaktu Klientów ZUS oraz obsługi klientów (badanie słuchu dla Centrum Kontaktu Klientów ZUS)

**Podstawa prawna zastosowania[[1]](#footnote-1):**

1) 0% stawki podatku VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) zw. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profilaktyczne badania lekarskie będą wykonywane na terenie **miasta Chojnice lub w odległości do 20 km od miasta Chojnice w:**

**nazwa placówki medycznej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**rejestracja pracowników odbywać się będzie w dni robocze, tj.:**

**- poniedziałek w godz. od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- wtorek w godz. od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- środa w godz. od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- czwartek w godz. od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- piątek w godz. od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# **II. OŚWIADCZENIA**

1. Potwierdzam/potwierdzamy okres związania ofertą, który wynosi 30 dni.
2. Oferuję/oferujemy realizację zamówienia na warunkach i zasadach wskazanych w Zapytaniu publicznym - znak postępowania nr 370000.273.16.2024-ZAP.
3. Oświadczam/oświadczamy, że **spełniam/spełniamy warunki udziału w postępowaniu określone w ust. 3 Zapytania publicznego**, tj.:
4. posiadam/posiadamy zdolność do występowania w obrocie gospodarczym,
5. posiadam/posiadamy uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów:

aktualny odpis z Księgi Rejestrowej potwierdzający wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 799 ze zm.)2 - **Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jeśli dotyczy to wpisać nazwę oraz adres strony internetowej innej bazy danych/

2**niepotrzebne skreślić**

1. znajduję/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej lub finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
2. posiadam/posiadamy zdolności techniczne lub zawodowe niezbędne do wykonania zamówienia.

**WYKAZ OSÓB z co najmniej jedną osobą skierowaną do realizacji usług posiadającą uprawnienia do badań profilaktycznych pracowników w pełnym zakresie ujętą w rejestrze lekarzy profilaktyków przeprowadzających badania w województwie pomorskim dla pracodawców i lekarzy prowadzonym przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Informacje na temat posiadanych kwalifikacji zawodowych, uprawnień lub wykształcenia - **numer uprawnień** | Miejsce wykonywania badań profilaktycznych  Zakres wykonywanych czynności | Podstawa dysponowania/ zatrudnienia osobą/osobami |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Zamawiający uzna warunek za spełniony, jeżeli Wykonawca wykaże, że dysponuje co najmniej jedną osobą skierowaną do realizacji usług posiadającą uprawnienia do badań profilaktycznych pracowników w pełnym zakresie ujętą w rejestrze lekarzy profilaktyków przeprowadzających badania w województwie pomorskim dla pracodawców i lekarzy prowadzonym przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy.**

1. Oświadczam/oświadczamy, że: nie podlegam/nie podlegamy wykluczeniu z niniejszego postępowania na podstawie art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024r., poz. 507 ze zm.).
2. Akceptuję/akceptujemy Wzór umowy, który stanowi Załącznik nr 2 do Zapytania oraz wszystkie wymagania w nim zawarte.
3. Oświadczam/oświadczamy, że cena oferty uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
4. Oświadczam/oświadczamy, że realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi:
   * 1. siłami własnymi3
     2. podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie zamówienia w części dotyczącej3:

|  |  |
| --- | --- |
| Część zamówienia powierzona podwykonawcom | Nazwa (firma) i adres podwykonawcy  (jeżeli są one już znane) |
|  |  |

(Wykonawca określa odpowiedni zakres wraz z podaniem firm podwykonawców - o ile są znane,   
lub pozostawia tabelę bez wypełnienia, jeżeli nie zamierza powierzyć wykonania zamówienia Podwykonawcy/com).

**3 niewłaściwe skreślić**

1. Oświadczam/oświadczamy, że nie będę/nie będziemy zgłaszał/zgłaszali żadnych roszczeń w przypadku unieważnienia przez Zamawiającego postępowania, w którym składana jest niniejsza oferta.
2. Oświadczam/oświadczamy, że odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji Zamawiający może pobrać samodzielnie z ogólnodostępnej, bezpłatnej bazy danych:
3. baza Krajowego Rejestru Sądowego dostępna jest na stronie internetowej <https://ems.ms.gov.pl/krs/>4
4. baza Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej dostępna jest na stronie internetowej <https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG>4
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4/jeśli dotyczy to wpisać nazwę oraz adres strony internetowej innej bazy danych/

4**niewłaściwe skreślić**

1. Oświadczam/oświadczamy, że została mi/nam przedstawiona zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informacja dotycząca przetwarzania moich danych osobowych.
2. Oświadczam/oświadczamy, że wypełniłem/wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia.5

5 w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do   
art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, Wykonawca nie składa oświadczenia (Wykonawca może usunąć treść oświadczenia np. przez jego wykreślenie, w przypadku braku wykreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego).

1. Dane Wykonawcy do komunikacji:

|  |  |
| --- | --- |
| Adres e-mail |  |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu |  |
| Nazwa Firmy |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu |  |

## ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTOWEGO

* + 1. Pełnomocnictwo określające zakres uprawnień osoby upoważnionej przez Wykonawcę do jego reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub do reprezentowania w  postępowaniu i zawarcia umowy, wystawione zgodnie z wymogami prawa, podpisane przez Wykonawcę – **jeśli dotyczy.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość i data** | kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany /czytelny podpis (lub parafa i pieczątka imienna) złożony przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną |

1. należy wypełnić jedynie w przypadku zastosowania [↑](#footnote-ref-1)