

Oddział w Zabrze

Załącznik nr 1

data sporządzenia oferty

Nazwa (firma) Wykonawcy*	
Adres Wykonawcy:	
nr telefonu	
adres e-mail	
NIP	
REGON	
KRS/CEiDG	
reprezentowany przez	imię, nazwisko:

* W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia tabelę powielić odpowiednio do liczby Wykonawców wspólnie składających ofertę.

Do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Zabrze
ul. Szczęść Boże 18
41-800 Zabrze

Formularz ofertowy

W odpowiedzi na Zapytanie publiczne, którego przedmiotem zamówienia są: „Badania profilaktyczne dla pracowników Oddziału ZUS w Zabrze i podległych jednostek terenowych”
(znak postępowania: 480000.273.7.2024-ZAP)
składam(-my) niniejszą ofertę:

Łączna cena netto za całość zamówienia:

zł (słownie:

)

Łączna cena brutto za całość zamówienia:

zł (słownie:

);

w tym wartość podatku VAT - według stawki:

% w kwocie

zł.

Kalkulację zaoferowanej ceny przedstawia poniższa tabela:

Badania profilaktyczne realizowane w terminie: od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.

1.	badania okresowe - rodzaj badania:				
a.	Badania okresowe w tym:	Ilość osób	Cena jednostkowa netto za usługę*	Łączny koszt (cena netto)**	
	Stanowisko pracownika skierowanego	Zakres wykonywanych badań	1	2	3 (kol.1 x kol.2)
	Dyrektor Oddziału	badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia, badanie okulistyczne, morfologia, OB, analiza moczu, poziom cholesterolu, badanie EKG	16		
	Z-ca Dyrektora Oddziału				
	Główny Księgowy Oddziału				
	Główny Lekarz Orzecznik Oddziału				
	Z-ca Głównego Lekarza Orzecznika				
	Kierownik Inspektoratu				
	Z-ca Kierownika Inspektoratu				
	Naczelnik Wydziału + p.o. Naczelnika Wydziału				
	Z-ca Naczelnika Wydziału				
	Kierownik Biura Terenowego				
	Przewodniczący Związków Zawodowych				
	Inspektor Kontroli - kierujący wydziałem				
	Inspektor Kontroli - z-ca kierującego wydziałem				
	Kierownik Wydziału w Inspektoracie				
	Z-ca Kierownika Wydziału w Inspektoracie				
	Główny Specjalista	badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia, badanie okulistyczne, morfologia, OB, analiza moczu	337		
	Starszy Specjalista				
	Specjalista				
	Starszy Aprobant				
	Aprobant				
	Starszy Inspektor				
	Inspektor				
	Inspektor Kontroli				
	Starszy Referent				
	Referent				

Badania profilaktyczne realizowane w terminie: od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2025 r.					
1.	badania okresowe - rodzaj badania:				
a.	Badania okresowe w tym:		Ilość osób	Cena jednostkowa netto za usługę*	Łączny koszt (cena netto)**
	Stanowisko pracownika skierowanego	Zakres wykonywanych badań	1	2	3 (kol.1 x kol.2)
	Inspektor ds. BHP				
	Sekretarka				
	Radca prawny				
	Kierowcy - badanie kompleksowe (samochód do 3,5 tony)	badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia, badanie okulistyczne, morfologia, OB, analiza moczu, badanie EKG, poziom cukru ,badanie laryngologiczne, badanie neurologiczne	1		
	Lekarz orzecznik	badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia, badanie okulistyczne, morfologia, OB, analiza moczu, Bilirubina, Alat	4		
b.	Badania wysokościowe		1		
c.	Badania psychotechniczne (w tym kierowcy i pracownicy wykorzystujący samochód w celach służbowych - samochód do 3,5 tony)		14		
2.	Badania kontrolne	badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia	200		
3.	Badania wstępne	badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia, badanie okulistyczne, morfologia, OB, analiza moczu	80		
4.	Badania wstępne dla osób bezrobotnych skierowanych na staż	Badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia; badanie okulistyczne	2		
5.	Badania okulistyczne	Badania związane z pogorszeniem wzroku	100		
6.	Łączna cena netto za całość zamówienia (kol.3, suma wierszy 1-5):				
7.	Wartość podatku VAT (obliczona wg obowiązującej stawki podatku VAT (od łącznej ceny netto za całość zamówienia z wiersza 6, kol. 3):				
8.	Łączna cena brutto za całość zamówienia (wiersz 6, kol. 3 + podatek VAT (wiersz 7, kol. 3))				

Uwaga: Ceny należy podawać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku

*Oświadczam (-my), iż cena jednostkowa ww. poszczególnych pozycji jest **ceną ryczałtową** (ostateczną) przebadania jednej osoby w celu wydania orzeczenia/zaświadczenia i zawiera: cenę badań/czynności zgodnie z minimalnym zakresem wskazanym w pkt. 2 Zapytania publicznego, a także wszelkie koszty badań dodatkowych wskazanych przez lekarza wg. konieczności, tj. niezbędnych w celu wydania orzeczenia/zaświadczenia.

**Oświadczam (-my), że wskazane powyżej ceny obejmują wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia i nie ulegną zwiększeniu w okresie obowiązywania umowy z wyjątkiem przypadków przewidzianych w umowie.

Potwierdzam(-my) okres związania ofertą, który wynosi 30 dni.

Zakres usługi będzie zgodny z zakresem wskazanym w pkt. 2 Zapytania, tzn. będzie obejmował: badania profilaktyczne pracowników Oddziału ZUS w Zabrze i podległych jednostek terenowych.

Oświadczam (-my), że spełniam (-my) warunki udziału w postępowaniu zawarte w pkt 3 Zapytania, tj. posiadam(-my) kompetencje lub uprawnienia do prowadzenia określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień oraz wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję(-my) potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

Na potwierdzenie spełniania niniejszego warunku:

- a. oświadczam(-my), że posiadam (-my) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 799)
- b. przedstawiam(-my) dokument*):

(* wskazać nazwę dokumentu(-ów) potwierdzającego(-ych) spełnienie warunku określonego w pkt 3 Zapytania)

- c. oświadczam (-my), że dysponuję(-my) personelem, co najmniej **minimum 2 lekarzy** dostępnych z zakresu medycyny pracy dla niniejszego zamówienia: tj.: *
lekarzy.);

(* wpisać liczbę lekarzy dostępnych z zakresu medycyny pracy)

- d. oświadczam (-my), że dysponuję(-my) obiektem oraz urządzeniami i sprzętem medycznym wykorzystywanym do przeprowadzania badań, który spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tekst jedn. Dz. U. z 2022 poz. 402) oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 799).

Oświadczam(-my), że nie podlegam(-my) wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 roku o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania

wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 507).

Oświadczam(-my), że przestrzegam(-my) regulacji prawnych dotyczących minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 2207 ze zm.).

Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z Projektowanymi postanowieniami umowy, stanowiącymi załącznik nr 2 do Zapytania, nie wnoszę(-simy) do nich żadnych zastrzeżeń, przyjmuję(-jemy) warunki w nich zawarte, a w przypadku wyboru mojej(-naszej) oferty zobowiązuję(-zobowiązujemy) się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego lub umowa zostanie zawarta w formie elektronicznej w rozumieniu art. 78¹ § 1 Kodeksu cywilnego, według ustaleń Stron.

Oświadczam(-y), że całość zamówienia zrealizuję(-my):

- 1) Bez udziału Podwykonawców*;
- 2) Należy wymienione części zamówienia zamierzam(-my) powierzyć Podwykonawcy(om)*:

Firma	Zakres usług**

(*niepotrzebne skreślić)

(** Podwykonawcy można powierzyć tylko badania psychotechniczne lub okulistyczne)

Oświadczam(-my), że nie będę(-dziemy) zgłaszać żadnych roszczeń w przypadku unieważnienia przez Zamawiającego postępowania, w którym składam(-my) niniejszą ofertę.

Oświadczam(-my), że miejscem wykonywania badań będzie placówka medyczna znajdująca się na terenie miasta Zabrze:

adres:

rejestracja - telefon: .

Oświadczam(-my), że klauzule informacyjne związane z przetwarzaniem przez Zamawiającego danych osobowych, przekażę(-emy):

- 1) osobom reprezentującym Wykonawcę: (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, umocowanie do reprezentowania),

- 2) osobom będącym członkami personelu Wykonawcy: (imię i nazwisko, nr telefonu służbowego, adres e-mail).

W przypadku wyboru mojej(-naszej) oferty wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy należy przekazywać na rachunek bankowy nr: .

Oświadczam(-my), że wypełniłem(-liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(-liśmy) w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu**.

* rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1);

** 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 treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. poprzez jego wykreślenie).

Załączniki:

- 1) Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 799);

2)

3)

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć Wykonawcy/kwalifikowany podpis
elektroniczny/podpis osobisty/ podpis zaufany
złożony przez osobę(-y) uprawnioną(-e)