

Oddział w Zabrzu

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 Zabrzu**

**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 Zabrzu 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 |
| 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 Zabrzu 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:

* 1. 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)
  2. przedstawiam(-my) dokument\*):



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

* 1. 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)

* 1. 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. Niżej 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)