**FORMULARZ OFERTY**

**I. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:**

Łódzka Wojewódzka Komenda Ochotniczych Hufców Pracy

90-203, ul. Pomorska 41

Regon: 001036879

NIP: 725-138-92-69

tel./fax: (042) 636 54 37

mail: lodzka@ohp.pl

**II. WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres: ………………………………………………………………………………………..……………………

REGON:…………………………………………………………………………………………………………….

NIP: ………………………………………………………………………………………..………………………..

Tel…………………………………………………………………………………………………………………...

mail:…………………………………………………………………………………………..……………………...

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe pn.

*Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla pracowników i kandydatów na pracowników w Łódzkiej Wojewódzkiej Komendzie Ochotniczych Hufców Pracy w Łodzi polegających na wykonaniu profilaktycznych badań lekarskich (wstępnych, okresowych i kontrolnych) wraz wydaniem przez lekarza medycyny pracy zaświadczenia o zdolności do pracy na określonym stanowisku, zdolności do prowadzenia samochodu w ramach obowiązków służbowych oraz potrzebie stosowania okularów korekcyjnych na stanowisku pracy w przypadku zawarcia potrzeby wykonania takiego poszerzonego zakresu badań w skierowaniu na badania wystawionym przez Zamawiającego.*

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z treścią zapytania dla niniejszego zamówienia i akceptuję  
   w całości wszystkie warunki zawarte w zapytaniu ofertowym.
2. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią zapytania ofertowego, zapisami SOPZ i na warunkach określonych w umowie.
3. Oświadczam, że poniższe ceny zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
4. Niniejsza oferta jest ważna przez 30 dni, od upływu terminu przewidzianego   
   na złożenie ofert.
5. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym   
   w zapytaniu ofertowym na następujących warunkach:

a. Oferuję świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich (wstępnych, okresowych, kontrolnych) pracowników i kandydatów do pracy do Łódzkiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Łodzi za łączne maksymalne wynagrodzenie (suma wartości całkowitej z wierszy 1-4) ……………… zł (słownie: …………………………………….).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Badanie | Ilość badań | Cena jednostkowa | Wartość całkowita |
| 1. | Badanie podstawowe dla pracownika administracyjno- biurowego z obsługą komputera powyżej 4 h dziennie (badanie wstępne, okresowe, kontrolne) | 55 |  |  |
| 2. | Badanie podstawowe dla pracownika na stanowisku kierowniczym ( osoba kierująca innymi pracownikami) z obsługą komputera powyżej 4 h dziennie (badanie wstępne, okresowe, kontrolne) | 10 |  |  |
| 3. | Badania prowadzące do wpisu w orzeczeniu lekarskim o zdolności do prowadzenie samochodu w ramach obowiązków służbowych. | 30 |  |  |
| 4. | Badania okulistyczne (z tyt. pogorszenia wzroku w trakcie obowiąz. badania okresowego) | 5 |  |  |
|  | RAZEM: |  |  |  |

1. Oświadczam, że we wskazanej powyżej Cenie jednostkowej oraz Cenie całkowitej oferty uwzględniłem/-am wszystkie koszty bezpośrednie i pośrednie, jakie uważam za niezbędne do poniesienia dla terminowego i prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia, zysk oraz wszystkie wymagane przepisami podatki i opłaty. W Cenie jednostkowej oraz Cenie całkowitej oferty uwzględniłem/-am/ wszystkie posiadane informacje o przedmiocie zamówienia oraz niezbędne informacje do przygotowania odpowiedzi na zapytanie ofertowe.
2. Oferuję świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich (wstępnych, okresowych, kontrolnych) pracowników i kandydatów do pracy do Łódzkiej Wojewódzkiej Komendy Ochotniczych Hufców Pracy w Łodzi w placówce ( -ach) znajdującej się na terenie Łodzi pod adresem ………………………………………………………. Zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących działalność Leczniczą.

|  |  |
| --- | --- |
| Odległość (wyznacz trasę pieszo) placówki medycznej realizującej zamówienie od siedziby Zamawiającego  W przypadku nie wypełnienia Zamawiający przyzna 0 pkt | mniejsza niż 3 km od siedziby Zamawiającego  odległość 3 km i powyżej 3 km ale mniej, niż 5 km  □ odległość równa lub większa , niż 5 km |

1. Oświadczam, że dane do kryterium „odległość placówki medycznej od siedziby Zamawiającego” jest liczona na podstawie google maps – wyznacz trasę pieszo

W przypadku, gdy aplikacja google maps wskazuje więcej niż jedną trasę, została wybrana trasa najkrótsza.

1. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty jestem wpisany (jesteśmy wpisani) do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w pełnym zakresie wynikającym z przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022.633) nr wpisu …………………………………… …………….…………………………………………………………………………………………………………(należy uzupełnić ) a miejscem wykonywania świadczeń będzie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….(należy wskazać nazwę i adres placówki).

10. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonania zamówienia, w stosunku do mojej/naszej firmy nie otwarto likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.

11. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, dotychczasowe zamówienia na rzecz odbiorców zrealizowałem z należytą starannością.

12. Oświadczam(y), że nie zachodzą wobec mnie(nas) przesłanki wykluczenia na podstawie art. 7 ust 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 o szczególnych rozwiązaniach wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 poz. 835).

13. Oświadczam, że wypełniłem/-am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.

14. Osobą odpowiedzialną za sprawy techniczno-organizacyjne w ramach przedmiotowego zamówienia (Koordynator umowy) oraz wyznaczoną do kontaktów z Zamawiającym będzie Pan/Pani ………………………….., nr tel.: ………………………………,mail: …………………………………………………………………………………………………………

***………………………***

***(Data i podpis Wykonawcy)***