Załącznik

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

pieczątka Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTY**

na: „Świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Lubartowie oraz osób bezrobotnych i poszukujących pracy zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubartowie w 2020 roku”.

Pełna nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………………

Adres:

…………………………………………………………………………

Tel./nr fax:……………………………………………………………..

Adres e - mail:…………………………………………………………

Numer NIP:.…………………………………………………………..

Numer REGON:..……………………………………………………..

**OFERTA**

Za wykonanie przedmiotu zamówienia oferuję/my następujące ceny (zł) za wykonanie poszczególnych badań lekarskich:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
|  | Badanie i wydanie orzeczenia przez lekarza medycyny pracy |  |
|  | Badanie okulistyczne |  |
|  | Badanie laryngologiczne |  |
|  | Badanie neurologiczne |  |
|  | Badanie i wydanie orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych |  |
|  | Badanie lekarskie osób ubiegających się o wydanie prawa jazdy lub aktualizujących prawo jazdy |  |
|  | Badanie lekarskie kierowców wykonujących przewóz drogowy |  |
|  | Badanie lekarskie kierowców pojazdów uprzywilejowanych |  |
|  | Badanie audiometryczne |  |
|  | Badanie spirometryczne |  |
|  | Badanie EKGspoczynkowe |  |
|  | Badanie stereometryczne |  |
|  | Badanie widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie |  |
|  | Badanie psychomotoryczne osób prowadzących pojazd silnikowy do celów służbowych kat.B |  |
|  | Badanie psychologiczne i wydanie orzeczenia dla osób ubiegających się o wydanie prawa jazdy lub aktualizujących prawo jazdy |  |
|  | Badanie psychologiczne i wydanie orzeczenia dla kierowców wykonujących przewóz drogowy |  |
|  | Badanie psychologiczne – operatorzy wózków, suwnic, żurawi wieżowych, podestów ruchomych |  |
|  | Cholesterol całkowity |  |
|  | Profil lipidowy |  |
|  | ALAT (GTP) |  |
|  | AST |  |
|  | Bilirubina całkowita |  |
|  | Fosfataza zasadowa |  |
|  | Mocznik |  |
|  | Kreatynina |  |
|  | Wapń całkowity |  |
|  | Fosfor nieorganiczny |  |
|  | Retikulocyty metoda automatyczna |  |
|  | Glukoza |  |
|  | Analiza moczu |  |
|  | Morfologia podstawowa |  |
|  | Inne…(proszę podać wraz z cenami) |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ USŁUG** | |  |

*Uwaga!*

*Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej. Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.*

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczam/my, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i złożonej ofercie.
2. Oświadczam/my, że posiadamy odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań   
   z zakresu medycyny pracy.
3. Oświadczam/my, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
4. Oświadczam/my, że posiadamy wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy.
5. Oświadczam/my, że zaoferowane ceny brutto pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
6. Oświadczam/my, że badania będą przeprowadzane w …….………………………..……

przy ul. …………………………………….………………….………….

Miejsce i data: …..............................................

…………….…………………………………………

(pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej)