…………………………………..

Pieczęć oferenta

**Dane dotyczące oferenta:**

Nazwa ……………………………………………………………..

Siedziba …………………………………………………………..

Nr telefonu, fax: ………………………………………………

Nr NIP ……………………………………………………………...

Nr REGON ………………………………………………………..

Nr wpisu w KRS …………………………………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników Sądu Rejonowego w Żaganiu w okresie 01.01.2022 r. do 31.12.2023 r.**

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z:

* rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz. U. z 1996 r. Nr 69 poz. 332 z późn. zm.)

1. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań z zakresu medycyny pracy.
2. Oświadczamy, 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.
3. Oświadczamy, że posiadamy wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy.
4. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
5. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w:

…………………………………………………………………………………………....…  
ul. ……………………………………….…………………………………………………

1. Wykaz badań, który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Cena brutto jednego badania (zł)** |
| Badanie wstępne z wystawieniem orzeczenia |  |
| Badanie okresowe z wystawieniem orzeczenia |  |
| Badanie kontrolne z wystawieniem orzeczenia |  |
| Morfologia + OB. + mocz |  |
| Glukoza |  |
| Cholesterol |  |
| RTG klatki piersiowej z opisem |  |
| EKG z opisem |  |
| Badanie okulistyczne |  |
| Badania wysokościowe do 3 m |  |
| Badania wysokościowe pow. 3 m |  |

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

miejscowość, data podpis