**BSU/9/2024 Załącznik nr 1 do Zaproszenia**

**Formularz Ofertowy**

* + - 1. **Dane dotyczące wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………….

Adres Wykonawcy: ………………………………………………….

Województwo: …………………………………………………

Adres e-mail Wykonawcy: ………………………………………………….

Numer NIP Wykonawcy: ………………………………………………….

Numer REGON Wykonawcy: ………………………………………………….

Numer KRS i oznaczenie sądu (jeśli dotyczy) …………………………………..

* + - 1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia :**

1. Wykonywanie przedmiotu zamówienia obywać się będzie w placówce medycznej zlokalizowanej do 5 km od siedziby Zamawiającego (od ul. Grenadierów 51/59 w Warszawie).
2. Miejsce zgłoszenia się pacjenta do placówki :

ul…………………………….. w godz.:……………………..…; tel………………………

1. **Możliwe będzie realizowane większej liczby usług (o ile zaistnieje taka konieczność) stosując zaoferowane w postępowaniu ceny. W przypadku mniejszej liczby zleceń Wykonawca nie będzie występował z roszczeniem do Zamawiającego z związku z mniejszym zakresem   
   w stosunku do przewidywanego. W takim przypadku ceny również pozostaną bez zmian.**
2. Cena jednostkowa netto/ brutto obejmuje wszelkie koszty Wykonawcy związane z realizacją zamówienia - usług medycznych, wskazanych w pkt. 6, koszty materiałów potrzebnych do świadczenia usług medycznych**. Koszt za przebadanie jednej osoby uwzględniając zakres badań / wydanie orzeczenia/zaświadczenia lub koszt za jedną osobę bez wykonywania badań - wydanie orzeczenia/zaświadczenia,** w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 437) i rozporządzenia 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 (oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz.73).
3. Termin płatności: 30 dni od daty doręczenia Zamawiającemu prawidłowo i zgodnie z umową wystawionej faktury VAT.
4. **Ceny jednostkowe określa poniższa tabela:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Rodzaj/określenie stanowiska pracy** | **Badania profilaktyczne** | **Cena jednostkowa netto /brutto (w zł)** *(koszt za przebadanie jednej osoby uwzględniając zakres badań/ wydanie orzeczenia/zaświadczenia)* | **Cena jednostkowa netto /brutto (w zł)** (*koszt za jedną osobę bez wykonywania badań - wydanie orzeczenia/zaświadczenia)* |
| 1 | Pracownicy biurowi  (praca przy komputerze) | wstępne i okresowe |  |  |
| 2 | Pracownicy na stanowiskach decyzyjnych (praca przy komputerze*)* | wstępne i okresowe |  |  |
| 3 | Robotnicy gospodarczy, magazynierzy, konserwatorzy – praca na wysokości do 3 metrów (bez szkodliwości i czynników narażenia) | wstępne i okresowe |  |  |
| 4 | Robotnicy gospodarczy, konserwatorzy, którzy pracują na wysokości powyżej 3 metrów | wstępne i okresowe |  |  |
| 5 | Osoby kierujące samochodem do celów służbowych - Badanie psychotechniczne | wstępne i okresowe |  |  |
| 6 | Pracownicy zatrudnieni jako kierowcy samochodów osobowych - Badanie psychotechniczne | wstępne i okresowe |  |  |
| 7 | Pracownicy farmacji, pozostali wyższe medyczne, diagności laboratoryjni, technicy medyczni, techniczny RTG- czynniki promieniowanie | wstępne i okresowe |  |  |
| 8 | Stanowiska: lekarze, pielęgniarki, średni i niski personel medyczny, Badania pod kątem narażenia na promieniowanie jonizujące z wydaniem stosownego orzeczenia) | wstępne i okresowe |  |  |
| 9 | Osoby mające kontakt z żywnością  (Badania na nosicielstwo wraz wydaniem orzeczenia w powyższym zakresie przez lekarza medycyny pracy) | wstępne i okresowe |  |  |
| 10 | wszystkie grupy stanowisk  (w zależności od stanowiska) | kontrolne  (po zwolnieniu chorobowym pow. 30 dni) |  |  |
| 11 | Badanie profilaktyczne (okulistyczne) poza terminem z uwagi na warunki pracy wraz z wydaniem zaświadczenia o potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego | |  |  |

1. **Oświadczam/y, że:**
2. **Akceptuję (akceptujemy) iż, łączna wysokość Wynagrodzenia z tytułu realizacji zamówienia nie może być równa lub wyższa niż 130 000,00 zł netto;**
3. **Oświadczamy że, posiadamy aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC bezpośrednio przy podpisaniu umowy;**
4. Posiadamy uprawnienia i kwalifikacje zawodowe określone w odrębnych przepisach   
   i przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za jakość wykonywanych usług medycznych;
5. Wykonawca, zapewni wykonywanie badań przez personel lekarski, pielęgniarski   
   i inny posiadający wszelkie niezbędne w tym zakresie uprawnienia i kwalifikacje zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami;
6. Wykonawca wykonuje działalność leczniczą w ramach przedsiębiorstwa

podmiotu leczniczego oraz, że:

* + - 1. jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stosownie do przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U.   
         z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.);
      2. jest podstawową jednostką służby medycyny pracy zgodnie z ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy;
      3. udziela świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie, dysponując zestawem najnowszej aparatury medycznej do przeprowadzenia badań oraz zatrudniając lekarzy medycyny posiadających uprawnienia do badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników.

1. Wykonawca zapewni realizację usług medycznych w placówce lub placówkach medycznych zlokalizowanych na terenie miasta stołecznego Warszawy w odległości **do 5 km**   
   od siedziby Szpitala, działających w reżimie sanitarnym w zakresie wynikającym   
   z obowiązujących wytycznych i ograniczeń, oraz :
2. ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za szkodę wyrządzoną kandydatowi   
   do pracy lub pracownikowi Zamawiającego w trakcie wykonywania badań lekarskich,
3. ponosi całkowitą odpowiedzialność za używanie leków, materiałów medycznych   
   i stosowanych procedur medycznych. Wszelkie materiały potrzebne do świadczenia usług medycznych zapewni Wykonawca na koszt własny,
4. zapewni pomieszczenia, w których realizowane będą usługi medyczne, wyposażone   
   w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające, że:

* aparatura i sprzęt medyczny dopuszczone są do użytku,
* pomieszczenia odpowiadają wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach,   
  w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.);

1. Znajduję (znajdujemy) się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Jesteśmy uprawnieni do wykonywania w pełnym zakresie usług medycznych, o których mowa   
   w art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510,   
   z późn. zm.) i spełnia warunki określone w rozporządzeniu 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 2023.607, ze zm.) oraz zadań określonych ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 437);
3. Zapoznałem/am (zapoznaliśmy) się z treścią zapytania ofertowego i umowy oraz uzyskałem (uzyskaliśmy) konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia;
4. W przypadku wyboru niniejszej oferty zobowiązuje(my) się do zawarcia umowy,   
   na podstawie projektu umowy i niniejszej oferty w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Jestem (jesteśmy) związany (związani) ofertą przez 30 dni;
6. Wykonawca spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca   
   2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2022. 402 ze zm.).
7. Wykonawca wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu (jeśli powstał taki obowiązek);
8. Wykonawca jest świadom zakresu wykorzystywania i przetwarzania danych osobowych przez Zamawiającego w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności zgodnie z prowadzonym postepowaniem ustawą o dostępie do informacji publicznej (w szczególności: udostępnianie dokumentacji postępowania (w tym ofert), kontaktowania się z Wykonawcą korzystając   
   z otrzymanych od Wykonawcy danych kontaktowych;
9. W stosunku do Wykonawcy nie zachodzą przesłanki wskazane w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia   
   13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497, z późn. zm);
10. W stosunku do Wykonawcy nie zachodzą przesłanki wskazane w art. 5 k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1) (które ma zasięg ogólny, wiąże w całości i jest bezpośrednio stosowane we wszystkich państwach członkowskich UE).
11. **Informacje dotyczące podwykonawców**:
12. Wykonawca wykona zamówienie:
13. samodzielnie\*;
14. przy udziale podwykonawców, którym Wykonawca zleci realizację części zamówienia\*.

Jeżeli Wykonawca wskaże, iż wykona zamówienie samodzielnie to kolejne informacje   
w tym punkcie można wykreślić/usunąć.

1. Następujące części zamówienia (zakres) Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom (wypełnić jeżeli dotyczy): ………………………………..
2. Liczba podwykonawców, którym Wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia (jeżeli dotyczy): ………………………………..
3. Dane podwykonawców (wypełnić jeżeli Wykonawca planuje powierzenie części zamówienia podwykonawcom i zna ich dane: nazwa, adres siedziby, nr NIP, nr KRS, nr REGON): ………………………………………………………………………….

1. **Pozostałe informacje.**
2. Wszystkie informacje i informacje podane w oświadczeniach i dokumentach przedstawionych w przedmiotowej ofercie są aktualne i zgodne z prawdą i stanem faktycznym oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji, oświadczeń.
3. Osoba wyznaczona/upoważniona do kontaktów z Zamawiającym:
4. Imię: ………………………………….
5. Nazwisko: ………………………………….
6. Adres e-mail: ………………………………….
7. Nr tel.: …………………………………
8. Załączniki do niniejszej oferty stanowią: ……………………………;

\* niepotrzebne skreśl

\*\*Odległość liczona na podstawie najkrótszej trasy przejazdu – (wg mapy Google)

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

*(miejscowość, data i podpis osoby uprawnionej do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*)