OK.272.12.2019

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć oferenta) | **O F E R T A dot. „Sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami Starostwa Powiatowego w Częstochowie”** |

Nazwa i adres **WYKONAWCY**

……………………………………...............................................................................................

...................................................................................................................................................... NIP.........................................................., REGON ....................................................................

Numer telefonu: …………………….…… e-mail …….................................................

1.Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z opisem zawartym w zapytaniu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badań | | A | B | C |
| Cena jednostkowa brutto | Orientacyjna ilość osób | Razem kwota brutto  Iloczyn wartości z kolumn A x B |
| 1. | Badanie krwi: | OB |  | 85 |  |
| morfologia |  | 85 |  |
| cukier |  | 85 |  |
| cholesterol |  | 85 |  |
| 2. | Badanie moczu | |  | 85 |  |
| 3. | Badanie wzroku – Okulista | |  | 85 |  |
| 4. | Badania do pracy na wysokościach: | laryngolog |  | 10 |  |
| neurologiczne |  | 10 |  |
| 5. | Orzeczenie lekarskie (końcowe dopuszczające do pracy) | |  | 100 |  |
| 6. | Badania psychotechniczne (dla kierowców zawodowych) | |  | 3 |  |
| 7. | Badanie RTG klatki piersiowej | |  | 3 |  |
| 8. | Badanie audiometryczne | |  | 3 |  |
| 9. | Badanie EKG | |  | 40 |  |
| Łącznie kwota brutto (suma z kolumny C) | | | | | …….…..………. zł |

1. Oświadczamy, że oferujemy usługi medyczne w zakresie medycyny pracy wraz   
   z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi w okresie 1 roku dla pracowników Starostwa Powiatowego w Częstochowie.
2. Przedmiot zamówienia będzie realizowany sukcesywnie tj. po zgłoszeniu się pracownika Zamawiającego na badania na zasadach szczegółowo opisanych w zapytaniu ofertowym znak OK.272.12.2019.
3. W cenę naszej oferty wliczyliśmy wszelkie koszty związane z prawidłową i pełną   
   realizacją przedmiotu zamówienia m.in. koszt wykonania badań/konsultacji specjalistycznych.
4. Oświadczamy, że oferujemy wykonanie zamówienia w cenie zgodnej z niniejszym formularzem cenowym.
5. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami realizacji przedmiotu zamówienia, akceptujemy je oraz zobowiązujemy się do stosowania i ścisłego przestrzegania warunków w nich określonych.
7. Oświadczamy, że zawarte w zapytaniu ofertowym istotne postanowienia umowy oraz wysokość i rodzaj kar umownych zostały przez nas zaakceptowane.
8. Osobą upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest .............................................. , telefon nr: ......................................, adres e-mail: ........................................................
9. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w .....................................................ul. ....................................................................................................... w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od....................

..................................., dn. ...........................r. ............................................

**(pieczęć i podpis oferenta)**