**Załącznik nr 1**

**do zapytania ofertowego**

**TZPiZI-ZO.264/05/U/21**

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

*/pieczątka nagłówkowa Wykonawcy/*

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

 */ miejscowość, dzień/*

**FORMULARZ OFERTY**

**„Usługa wykonania badań profilaktycznych: wstępnych, okresowych i kontrolnych pracownikom SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku”**

 **(Postępowanie nr TZPiZI-ZO.264/05/U/21)**

dla SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego

w Płocku przy ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5.

1. **dane Wykonawcy :**

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

*(imię i nazwisko / nazwa Wykonawcy)*

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

*(adres / siedziba Wykonawcy)*

nr telefonu...................................................... mail: …………………..…………………………….

REGON:..........................................................NIP......................................................................

WPISANY DO REJESTRU :...............................................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. CENA: oferty dla przedmiotu zamówienia** – ~~dostawy~~ **usługi**~~, roboty budowlanej~~\*:

1. **Oferuję/my**\* realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami
i postanowieniami zawartymi w zapytaniu ofertowym, wyjaśnień i modyfikacji oraz poniższego opisu za cenę:
* dla **Części 1** w okresie 24 miesięcy – miasto Płock:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Badania profilaktyczne dla części 1 - Płock | Szacunkowa ilość badań wstępnych | Szacunkowa ilość badań okresowych | Szacunkowa ilość badań kontrolnych | Wartość netto | Stawka | Wartość brutto |
| VAT% |
| 1. | **Płock,** w tym stanowiska: | **8** | **71** | **16** |  |  |  |
| Ratownicy medyczni | 2 | 10 | 2 |   |   |   |
| Ratownicy medyczni kierujący karetką | 2 | 14 | 3 |   |   |   |
| Pielęgniarki/pielęgniarze | 0 | 4 | 1 |   |   |   |
| Pracownicy administracji | 2 | 18 | 4 |   |   |   |
| Pracownicy na stanowiskach kierowniczych | 2 | 7 | 2 |   |   |   |
| Kierowcy samochodów uprzywilejowanych | - | 5 | 2 |   |   |   |
| Diagności i mechanicy samochodowi | 0 | 5 | 1 |   |   |   |
| Sprzątaczki/pracownik gospodarczy | 0 | 8 | 1 |   |   |   |

- CENA BRUTTO OFERTY: ………………………………………………………………………zł

(słownie:.....................................................................................................................................)

* dla **Części 2** w okresie 24 miesięcy – miasto Sierpc:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Badania profilaktyczne dla części 2 - Sierpc | Szacunkowa ilość badań wstępnych | Szacunkowa ilość badań okresowych | Szacunkowa ilość badań kontrolnych | Wartość netto | Stawka | Wartość brutto |
| VAT% |
| 1. | **Sierpc, w tym stanowiska:** | **2** | **18** | **5** |  |  |  |
| Ratownicy medyczni | 1 | 4 | 1 |   |   |   |
| Ratownicy medyczni kierujący karetką | 1 | 7 | 2 |   |   |   |
| Pielęgniarki/pielęgniarze | - | 5 | 1 |   |   |   |
| Pracownicy administracji |   | 0 | 0 |   |   |   |
| Pracownicy na stanowiskach kierowniczych | - | 2 | 1 |   |   |   |

- CENA BRUTTO OFERTY: ………………………………………………………………………zł

(słownie:.....................................................................................................................................)

* dla **Części 3** w okresie 24 miesięcy – miasto Gostynin:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Badania profilaktyczne dla części 3 - Gostynin | Szacunkowa ilość badań wstępnych | Szacunkowa ilość badań okresowych | Szacunkowa ilość badań kontrolnych | Wartość netto | Stawka | Wartość brutto |
| VAT% |
| 1. | **Gostynin, w tym stanowiska:** | **2** | **19** | **5** |  |  |  |
| Ratownicy medyczni | 1 | 5 | 2 |   |   |   |
| Ratownicy medyczni – kierowca kierujący karetką | 1 | 8 | 3 |   |   |   |
| Pielęgniarki/pielęgniarze | - | 3 | 0 |   |   |   |
| Pracownicy administracji | - | 0 |   |   |   |   |
| Pracownicy na stanowiskach kierowniczych | 0 | 2 | 0 |   |   |   |
| Kierowcy samochodów uprzywilejowanych | - | 1 | - |   |   |   |

- CENA BRUTTO OFERTY: ………………………………………………………………………zł

(słownie:.....................................................................................................................................)

1. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ:** do realizacji przedmiotu zamówienia w **okresie 24 miesięcy** licząc od dnia podpisania umowy.
2. **Miejsce wykonywania usługi dla części 1/2/3\*** ……………………………… ul. ……………………………………….. czynne w dniach ………………………………… od godz.. …………………do godz. ………………….

# W przypadku wyboru mojej oferty, jako najkorzystniejsza przed podpisaniem umowy, zobowiązuję się do przedstawienia dokumentu ubezpieczenia OC, zgodnej z zapisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866).

**III. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że:

1. Posiadam kompetencje lub uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej, w tym wykonywania zadań służby medycyny pracy i jestem wpisany do właściwego rejestru, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.)
2. Posiadam własną placówkę zlokalizowaną na terenie miejscowości: Płock, Sierpc, Gostynin\* zapewniającą świadczenie usług medycznych na zasadach szczegółowo opisanych w niniejszym zapytaniu,
3. Dysponuję bazą lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia.
4. Dysponuję sprzętem medycznym niezbędnym do wykonania pełnego zakresu usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia.
5. Dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia tj. personelem lekarskim, pielęgniarskim i innym, posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.)
6. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na realizację zamówienia.
7. Zapoznałem/am się z zapytaniem ofertowym – **oznaczone znakiem: TZPiZIZO.264/05/U/21** i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
8. nie otwarto likwidacji lub nie ogłoszono upadłości (chyba, że po ogłoszeniu upadłości Wykonawca zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego)

2. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………………………………

  **Podpis i pieczątka**

osoby wskazanej w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej pełnomocnictwo( Zalecamy czytelny podpis z imieniem i nazwiskiem)

**IV. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU Z ZAMAWIAJĄCYM (kontakt, przekazywanie wzajemnych uwag wynikających z realizacji ewentualnej umowy oraz nadzór nad realizacją ewentualnej umowy):**

imię i nazwisko................................................................................................................

stanowisko służbowe ........................................................................................................

numer telefonu ....................................................................................................................

 e-mail: ………………………………………………………………………………………………...

dni i godziny pracy ................................................................................................................

**V. DANE OSOBY/OSÓB UPOWAŻNIONEJ DO PODPISANIA UMOWY:**

imię i nazwisko.......................................................................................................................

stanowisko służbowe ............................................................................................................

**VI. PODWYKONAWCY**

**1.** Wykonawca **PRZEWIDUJE/ NIE PRZEWIDUJE\*** powierzenia podwykonawstwa
w ramach niniejszego zapytania ofertowego. [*\*-niepotrzebne skreślić* ]

**2.** Wartość zamówienia (brutto), którego powierzenie podwykonawcom - przewiduje

Wykonawca :.................... zł (słownie: ..............................................................złotych).

**3.** Zakres przedmiotowy (szczegółowy) zamówienia, którego powierzenie podwykonawcy /podwykonawcom - przewiduje Wykonawca:

*( uwaga : może zostać sporządzony w formie załącznika do FORMULARZA OFERTY)*

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

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

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

***UWAGA:***

**pkt.2, 3 wypełniają wyłącznie Wykonawcy, którzy przewidują podwykonawstwo
w ramach niniejszego zapytania ofertowego;**

 **VII . ZAŁĄCZNIKI DO NINIEJSZEJ OFERTY STANOWIĄ:**

1. …………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………………
5. …………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………

 Podpis i pieczątka osoby wskazanej
w dokumencie uprawniającym do występowania
w obrocie prawnym lub posiadającej pełnomocnictwo (Zalecamy czytelny podpis
z imieniem i nazwiskiem)

\*- niepotrzebne skreślić