|  |  |
| --- | --- |
| DKW.2233.19.2022.JR  |  Siedlce, dn. 2022 r. |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na „Udzielanie świadczeń zdrowotnych potrzebnych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej funkcjonariuszy oraz pracowników cywilnych Służby Więziennej zatrudnionych w Zakładzie Karnym w Siedlcach”**

Nazwa Wykonawcy: ....................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................

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

NIP…………………………………………….…………...…. REGON ..….……….………………………………….……………

Nr telefonu: ….......................................................... Nr faksu: …................................................

Email: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu
do składania ofert i za cenę przedstawioną poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Przewidywana ilość na okres obowiązywania umowy** | **Cena brutto za pojedyncze badanie / konsultację** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto danej pozycji (wartość z kol. 3 x wartość z kol. 4)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Badania** |
| 1 | Morfologia pełna | 271 |  |  |  |
| 2 | Glukoza  | 271 |  |  |  |
| 3 | Pełny lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy) | 14 |  |  |  |
| 4 | Panel wątrobowy (bilirubina, ALT, AST, GGTP | 14 |  |  |  |
| 5 | Wyłącznie ALT, AST, ALAT | 271 |  |  |  |
| 6 | Retikulocyty | 9 |  |  |  |
| 7 | Kreatynina | 8 |  |  |  |
| 8 | Przeciwciała anty HCV | 15 |  |  |  |
| 9 | Przeciwciała anty HBc | 15 |  |  |  |
| 10 | Przeciwciała anty HIV | 15 |  |  |  |
| 11 | Przeciwciała anty HBs | 15 |  |  |  |
| 12 | OB | 246 |  |  |  |
| 13 | Cholesterol | 161 |  |  |  |
| 14 | Bilirubina | 169 |  |  |  |
| **Konsultacje specjalistyczne:** |
| 15 | Okulista | 147 |  |  |  |
| 16 | neurolog | 11 |  |  |  |
| 17 | laryngolog | 12 |  |  |  |
| 18 | RTG klatki piersiowej z opisem | 22 |  |  |  |
| 19 | EKG | 172 |  |  |  |
| 20 | Badanie psychologiczne kierowcy | 22 |  |  |  |
| 21 | Badanie psychologiczne w zakresie psychologii transportu (dla kierowców kat. C i wyższych, pojazdów uprzywilejowanych, kierowców realizujących transport drogowy - orzeczenie dla Wydziału Komunikacji; zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08.07.2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy) | 22 |  |  |  |
| 22 | Badanie sanitarno-epidemiologiczne | 22 |  |  |  |
| RAZEM brutto (wszystkie pozycje) |  |

KRYTERIUM „czas dojazdu publicznymi środkami transportu”

Czas dojazdu (publicznymi środkami transportu) z miejscowości świadczenia usług do miejscowości siedziby Zamawiającego (08-110 Siedlce)

Czas dojazdu ……………… min.

Równocześnie oświadczamy, że:

1. zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do zaproszenia
do składania ofert, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.
3. ustanawiamy warunki płatności: płatność przelewem w terminie 30 dni od momentu otrzymania przez ZK Siedlce prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury zgodnie z zapisami wzoru umowy.
4. nie posługiwaliśmy się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi w przygotowaniu prowadzonego postępowania.
5. akceptujemy fakt, iż ilość usług zdrowotnych wyszczególnionych w tabeli powyżej, jest ilością szacunkową i służy jedynie wyłącznie do wyliczenia ceny oferty i wyboru Wykonawcy. Użyte przez Wykonawcę (który złoży ofertę najkorzystniejszą) do obliczenia ceny oferowanej, **ceny jednostkowe za badania / konsultacje będą stałe w okresie obowiązywania umowy.**
6. Zamawiający nie ponosi konsekwencji finansowych zmniejszenia ilości badań. Wykonawcy należy się wynagrodzenie za faktycznie przeprowadzone badania.

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

 (data) (pieczęć i podpis osoby upoważnionej)