Załącznik nr 1

**Składający ofertę:**

Nazwa firmy .............................

Adres ......................................

Telefon....................................

Ares e-mail..................................

FORMULARZ OFERTY

Odpowiadając na zapytanie ofertowe – **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla 82 pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Ceramiki i Materiałów Budowlanych, Oddział Ceramiki i Betonów w Warszawie** **w latach 2020 – 2021,**

(znak sprawy: WI.262.1.2020),

zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym dotyczącym badań profilaktycznych dla pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz - Instytut Ceramiki i Materiałów Budowlanych, Oddział Ceramiki i Betonów w Warszawie w latach 2020-2021, składam ofertę za szacunkową łączną wartość brutto:

|  |  |
| --- | --- |
| **CENA OFERTY BRUTTO1** | ……………………………………….…………zł |
| słownie złotych …...…………………….……...…………...……………...………………………………….… | |

1Cena oferty brutto należy ją skalkulować tak, aby obejmowała wszystkie koszty, nakłady i wydatki, jakie Zamawiający poniesie na realizację przez Wykonawcę niniejszego zamówienia, z uwzględnieniem podatku od towarów i usług oraz ewentualnych upustów.

1.1. Zakres świadczonych usług medycznych obejmuje w szczególności: badania wstępne, okresowe i kontrolne oraz badania lekarskie, zgodnie z poniżej podanym zakresem:

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES BADAŃ** | **CENA ZA KAŻDE WYKONANE BADANIE** |
| **BADANIA LEKARSKIE** | |
| Lekarz Medycyny Pracy ( w tym wydanie stosownego orzeczenia) |  |
| Okulista |  |
| Neurolog |  |
| Laryngolog |  |
| Kardiolog |  |
| **BADANIA LABORATORYJNE PODSTAWOWE** | |
| Morfologia, OB., ogólne moczu - wykonywane łącznie |  |
| Morfologia bez rozmazu (rozmaz automatyczny) |  |
| Morfologia z rozmazem (rozmaz manualny) |  |
| Badanie ogólne moczu |  |
| Glukoza |  |
| Cholesterol całkowity |  |
| Cholesterol HDL |  |
| Cholesterol LDL |  |
| Trójglicerydy |  |
| GGTP |  |
| Próby wątrobowe |  |
| ASPAT |  |
| ALAT |  |
| Kreatynina |  |
| Mocznik |  |
| OB |  |
| Cynkoprotoporfiryna we krwi |  |
| Stężenie ołowiu we krwi |  |
| **BADANIA DIAGNOSTYCZNE SPECJALISTYCZNE** | |
| Audiometria |  |
| Spirometria |  |
| EKG z opisem |  |
| Badania psychotechniczne – kierowanie pojazdem w ramach obowiązków służbowych |  |
| Badania psychotechniczne – kierowanie wózkiem widłowym |  |
| **BADANIA DIAGNOSTYCZNE RADIOLOGICZNE** | |
| Rtg klatki piersiowej |  |

1.2. Badania dodatkowe wg wykazu badań dodatkowych wykonywanych przez Wykonawcę.  
 **(cena za inne zlecone przez Lekarza Medycyny Pracy badanie dodatkowe np.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **BADANIA DODATKOWE ( KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE,** **BADANIA DIAGNOSTYCZNE, BADANIA LABORATORYJNE, RTG) – zlecane przez Lekarza Medycyny Pracy.** | |
| **ZAKRES BADAŃ** | **CENA ZA KAZDE WYKONANE BADANIE** |
| CRP |  |
| Potas |  |
| Sód |  |
| TSH |  |
| Holter EKG |  |

1.3. Wykaz placówek medycznych, w których pracownicy Instytutu będą mogli wykonać badania.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Adres Placówki** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Powyżej podane zostały usługi stanowiące przedmiot zmówienia. Jest to podstawowe założenie. Wykonawca składający ofertę wyraża gotowość zrealizowania większej liczby usług (o ile zaistnieje taka konieczność) stosując zaoferowaną w postępowaniu cenę. W przypadku mniejszej liczby zleceń Wykonawca nie będzie występował z roszczeniem do Zamawiającego w związku z mniejszym zakresem w stosunku do przewidywanego. W takim przypadku ceny również pozostaną bez zmian

............................., dn. ................... .............................................................

*Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

Do oferty załączono

1. Oświadczenie Wykonawcy, wg wzoru określonego załącznikiem nr 2 do Zapytania ofertowego.
2. Pełnomocnictwo do reprezentacji Wykonawcy (jeśli upoważnienie do podpisania niniejszej oferty nie wynika z odpisu właściwego rejestru).