Załącznik nr 2

Nazwa wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

„Świadczenie usług medycznych dla żołnierzy i pracowników RON – polegających na sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej

z zakresu medycyny pracy”.

Ja niżej podpisany/ My niżej podpisani:

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

działając w imieniu na rzecz

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

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

( nazwa firmy, dokładny adres Wykonawcy/ Wykonawców )

NIP:……………………………………………………………………………………………...

REGON:………………………………………………………………………………………..

1. Składam Ofertę w związku z prowadzonym postępowaniem w trybie zapytania ofertowego sprawa **01/2300/25/ZOF** na: „Świadczenie usług medycznych dla żołnierzy i pracowników RON – polegających na sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej z zakresu medycyny pracy”*.*

Oferuję/ Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie i na warunkach tak jak określono w zapytaniu ofertowym za cenę obliczoną w wysokości:

……………………………………………………zł (brutto)\*

Słownie: ...............................................................................................złotych

Miejscem realizacji usługi będzie ……………………………………..

(Wykonawca wskazuje miejsce realizacji usługi zgodnie z założeniami OPZ pkt 4 ppkt1)

\*Oferowana cena jest to cena za wykonanie usługi brutto razem (suma od poz.1 do poz. 38) zgodnie z kalkulacją cenową.

1. Zaoferowana cena wynika z poniższej **kalkulacji cenowej**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Szacunkowa ilość badań do przeprowadzenia** | **J.m.** | **Ilość jednostkowa** | **Cena jednostkowa netto zł** | **stawka VAT%** | **Jednostkowa wartość netto ( 5\*6)** | **Jednostkowa wartość brutto (7+8)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | Morfologia | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Morfologia z rozmazem | 6 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 3 | OB. | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 4 | Glukoza | 15 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 5 | Cholesterol całkowity | 75 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 6 | HDL | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 7 | LDL | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 8 | Mocz- badanie ogólne | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 9 | Kwas moczowy | 5 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 10 | Mocznik | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 11 | Bilirubina całkowita | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 12 | Kreatynina | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 13 | Aspat | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 14 | Alat | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 15 | GGTP | 40 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 16 | Trójglicerydy | 80 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 17 | Elektrolity Na+,K+,Ca++ ( jonogram ) | 1 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 18 | APTT | 5 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 19 | WR/VDRL | 2 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 20 | CRP | 2 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 21 | TSH | 5 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 22 | ALP | 6 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 23 | RTG odcinka L-S kręgosłupa | 30 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 24 | RTG kręgosłupa szyjnego | 30 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 25 | RTG klatki piersiowej z opisem lekarza | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 26 | RTG kości dolnych w projekcji AP i bocz | 30 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 27 | RTG kości górnych w projekcji AP i bocznej | 30 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 28 | Konsultacja okulistyczna z wypisaniem recepty i wydaniem oddzielnego zaświadczenia dla osób mających wskazania do pracy przy obsłudze monitorów ekranowych. | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 29 | Konsultacja neurologiczna | 5 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 30 | Konsultacja laryngologiczna | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 31 | Audiogram | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 32 | Spirometria | 5 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 33 | Ekg z opisem | 110 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 34 | Echo serca | 1 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 35 | Wykonywanie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców | 30 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 36 | Badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu. | 10 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 37 | Badanie pracownicze wstępne, okresowe lub kontrolne przez uprawnionego lekarza wraz  z wydaniem zaświadczenia | 120 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 38 | Wystawienie orzeczeń do celów sanitarno- epidemiologicznych przez uprawnionego lekarza | 10 | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **CENA ZA WYKONANIE USŁUGI NETTO RAZEM**  (SUMA OD POZ.1 DO POZ.38) | | | | | | |  |  |
| **CENA ZA WYKONANIE USŁUGI BRUTTO RAZEM**  (SUMA OD POZ.1 DO POZ. 38) | | | | | | | |  |

1. Oświadczam/ Oświadczamy, że posiadam/y aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą :

…………………………………………………………………………………………

(wykonawca podaje numer)

1. Akceptuję/ Akceptujemy warunki płatności określone przez zamawiającego we wzorze umowy stanowiącej załącznik nr 6 do zapytania ofertowego.
2. Wszelką korespondencję w sprawie należy kierować na poniższy adres:

Imię Nazwisko …………………………………………………………………………

Tel. ………………………………………e- mail ……………………………………..

……………………………………………………

podpis (podpisy) osób uprawnionych   
 do reprezentowania wykonawcy