Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

**Nr sprawy BGO-BGZ.2302.130.2021.MB**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć firmowa lub firma Wykonawcy)* | **Formularz „OFERTA”** |

**Zamawiający:**

**Najwyższa Izba Kontroli**

**ul. Filtrowa 57**

**02 – 056 Warszawa**

Składając ofertę na **świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników Delegatury NIK**

**W częśći…………………………………,** my niżej podpisani:

**Wykonawca 1** .............................................................................................................................

***(należy podać dokładną i pełną nazwę zgodną z CEIDG lub KRS)***

adres siedziby: ul. ........………….....................................................................................................

kod ……………… miasto …………………………………………… ………………………….

nr telefonów ................................................... nr faksu ...............................................................

adres email *(do kontaktów z Zamawiającym)* ………………….. @ ..........................................

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

**Wykonawca 2 \*** ……....................................................................................................................

***(należy podać dokładną i pełną nazwę zgodną z CEIDG lub KRS)***

adres siedziby: ul. ........…………................................................................................................................

kod ……………… miasto ………………………………………………

nr telefonów ................................................... nr faksu ...............................................................

adres email *(do kontaktów z Zamawiającym)* ………………….. @ ..........................................

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

**Pełnomocnik \*** do reprezentowania Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia

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

adres siedziby: ul. ........…………................................................................................................................

kod ……………… miasto ………………………………………………

nr telefonów ................................................... nr faksu ...............................................................

adres email *(do kontaktów z Zamawiającym)* ………………….. @ ..........................................

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

**\* *wypełniają jedynie Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (np. spółki cywilne)***

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią Zapytania ofertowego.
2. **Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie:[[1]](#footnote-1)

Części ……(proszę wpisać Część, której dotyczy oferta) przedmiotu zamówienia, za następującą cenę ofertową ……………….

Części ……(proszę wpisać Część, której dotyczy oferta) przedmiotu zamówienia, za następującą cenę ofertową ……………….

Części ……(proszę wpisać Część, której dotyczy oferta) przedmiotu zamówienia, za następującą cenę ofertową ……………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 1** | **Białystok** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie WSTEPNE | 5 |   |   |
| 2 | Badanie lekarskie OKRESOWE | 15 |   |   |
| 3 | Badanie lekarskie KONTROLNE | 5 |   |   |
| 4 | Konsultacja neurologiczna | 15 |   |   |
| 5 | Konsultacja laryngologiczna | 15 |   |   |
| 6 | Konsultacja okulistyczna | 15 |   |   |
| 7 | Pole widzenia | 1 |   |   |
| 8 | Badanie audiometryczne | 1 |   |   |
| 9 | Badanie psychologiczne kierowcy | 1 |   |   |
| 10 | Badanie sprawnosci psychofizycznej pracowników | 10 |   |   |
| 11 | Cholesterol całkowity | 10 |   |   |
| 12 | Cholesterol Hdl | 10 |   |   |
| 13 | Cholesterol Ldl wyłącznie z Tg+hdl | 10 |   |   |
| 14 | Trójglicerydy | 10 |   |   |
| 15 | Cukier we krwi | 10 |   |   |
| 16 | EKG standardowe z opisem | 10 |   |   |
| 17 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 10 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 2** | **Bydgoszcz** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie , medycyna pracy | 25 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 15 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 15 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 15 |   |   |
| 5 | Badanie audiometryczne | 15 |   |   |
| 6 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 2 |   |   |
| 7 | Badanie sprawnosci psychofizycznej pracowników | 15 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 3** | **Gdańsk** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyna pracy | 30 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 20 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 20 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 20 |   |   |
| 5 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 6 | Mocz - badanie ogólne | 20 |   |   |
| 7 | Morfologia | 20 |   |   |
| 8 | OB. | 20 |   |   |
| 9 | Cukier we krwi | 20 |   |   |
| 10 | EKG standardowe | 10 |   |   |
| 11 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 20 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 4** | **Katowice** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyna pracy | 50 |   |   |
| 2 | Konsultacja okulistyczna | 35 |   |   |
| 3 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 4 | Mocz - badanie ogólne | 35 |   |   |
| 5 | Morfologia | 35 |   |   |
| 6 | OB. | 35 |   |   |
| 7 | Cukier we krwi | 35 |   |   |
| 8 | Lipidogram | 35 |   |   |
| 9 | EKG standardowe | 35 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 5** | **Kielce** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyna pracy | 25 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 15 |   |   |
| 3 | Konsultacja okulistyczna | 15 |   |   |
| 4 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 5 | Badanie psychologiczne pracowników | 15 |   |   |
| 6 | Mocz - badanie ogólne | 15 |   |   |
| 7 | Morfologia | 15 |   |   |
| 8 | OB. | 15 |   |   |
| 9 | Cholesterol całkowity | 15 |   |   |
| 10 | Cukier we krwi | 15 |   |   |
| 11 | EKG standardowe z opisem | 15 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 6** | **Kraków** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyna pracy | 30 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 20 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 20 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 20 |   |   |
| 5 | Pole widzenia zmierzchowego | 1 |   |   |
| 6 | Badanie psychotechniczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 7 | Mocz - badanie ogólne | 20 |   |   |
| 8 | Morfologia | 20 |   |   |
| 9 | OB. | 20 |   |   |
| 10 | Cholesterol całkowity | 20 |   |   |
| 11 | Cukier we krwi | 20 |   |   |
| 12 | EKG standardowe | 20 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 7** | **Lublin** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie WSTEPNE | 5 |   |   |
| 2 | Badanie lekarskie OKRESOWE | 18 |   |   |
| 3 | Badanie lekarskie KONTROLNE | 18 |   |   |
| 4 | Konsultacja neurologiczna | 18 |   |   |
| 5 | Konsultacja laryngologiczna | 18 |   |   |
| 6 | Konsultacja okulistyczna | 18 |   |   |
| 7 | Pole widzenia zmierzchowego | 5 |   |   |
| 8 | Badanie psychotechniczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 9 | Badanie psychotechniczne pracowników | 18 |   |   |
| 10 | Mocz - badanie ogólne | 18 |   |   |
| 11 | Morfologia | 18 |   |   |
| 12 | Cholesterol całkowity | 18 |   |   |
| 13 | Cukier we krwi | 18 |   |   |
| 14 | EKG standardowe | 18 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 8** | **Łódź** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyna pracy | 25 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 20 |   |   |
| 3 | Konsultacja okulistyczna | 20 |   |   |
| 4 | Pole widzenia zmierzchowego | 20 |   |   |
| 5 | Badanie psychotechniczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 6 | Cholesterol całkowity | 20 |   |   |
| 7 | Cholesterol Hdl | 20 |   |   |
| 8 | Trójglicerydy | 20 |   |   |
| 9 | Cukier we krwi | 20 |   |   |
| 10 | EKG standardowe | 20 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 9** | **Olsztyn** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie medycyna pracy | 20 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 15 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 15 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 15 |   |   |
| 5 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 6 | Mocz - badanie ogólne | 15 |   |   |
| 7 | Morfologia | 15 |   |   |
| 8 | OB. | 15 |   |   |
| 9 | Cholesterol całkowity | 15 |   |   |
| 10 | Cholesterol Hdl | 15 |   |   |
| 11 | Cholesterol Ldl wyłącznie z Tg+hdl | 15 |   |   |
| 12 | Cukier we krwi | 15 |   |   |
| 13 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 15 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 10** | **Opole** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyna pracy | 25 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 20 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 20 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 20 |   |   |
| 5 | Mocz - badanie ogólne | 20 |   |   |
| 6 | Morfologia | 20 |   |   |
| 7 | OB. | 20 |   |   |
| 8 | Cholesterol całkowity | 20 |   |   |
| 9 | Cukier we krwi | 20 |   |   |
| 10 | EKG standardowe | 20 |   |   |
| 11 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 12 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 20 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 11** | **Poznań** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie WSTEPNE | 12 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 12 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 12 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 12 |   |   |
| 5 | Badanie psychotechniczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 6 | Mocz - badanie ogólne | 12 |   |   |
| 7 | Morfologia | 12 |   |   |
| 8 | OB. | 12 |   |   |
| 9 | Cholesterol całkowity | 12 |   |   |
| 10 | Cholesterol Hdl | 12 |   |   |
| 11 | Cholesterol Ldl wyłącznie z Tg+hdl | 12 |   |   |
| 12 | Trójglicerydy | 12 |   |   |
| 13 | Cukier we krwi | 12 |   |   |
| 14 | EKG standardowe z opisem | 12 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 12** | **Rzeszów** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyna pracy | 20 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 15 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 15 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 15 |   |   |
| 5 | Badanie audiometryczne | 15 |   |   |
| 6 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 7 | Spirometria - badanie komputerowe | 15 |   |   |
| 8 | Mocz - badanie ogólne | 15 |   |   |
| 9 | Morfologia | 15 |   |   |
| 10 | OB. | 15 |   |   |
| 11 | Cholesterol całkowity | 15 |   |   |
| 12 | Lipidogram | 15 |   |   |
| 13 | EKG standardowe | 15 |   |   |
| 14 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 15 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 13** | **Szczecin** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie , medycyny pracy | 30 |   |   |
| 2 | Konsultacja laryngologiczna | 20 |   |   |
|  3 | Konsultacja okulistyczna | 20 |   |   |
| 4 | Konsultacja neurologiczna | 20 |   |   |
| 5 | Pole widzenia zmierzchowego | 20 |   |   |
| 6 | Badanie audiometryczne | 20 |   |   |
| 7 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 8 | Mocz - badanie ogólne | 20 |   |   |
| 9 | Morfologia z rozmazem | 20 |   |   |
| 10 | Cholesterol całkowity | 20 |   |   |
| 11 | Cukier we krwi | 20 |   |   |
| 12 | EKG standardowe | 20 |   |   |
| 13 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 20 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 14** | **Wrocław** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie, medycyny pracy | 30 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 20 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 20 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 20 |   |   |
| 5 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 6 | Mocz - badanie ogólne | 20 |   |   |
| 7 | Morfologia | 20 |   |   |
| 8 | OB. | 20 |   |   |
| 9 | Cholesterol całkowity | 20 |   |   |
| 10 | Cholesterol Hdl | 20 |   |   |
| 11 | Trójglicerydy | 20 |   |   |
| 12 | Cukier we krwi | 20 |   |   |
| 13 | EKG standardowe | 20 |   |   |
| 14 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 20 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **część 15** | **Zielona Góra** |  |  |
| L.P. | Nazwa usługi | Szacowana ilość | Cena jednostkowa | Wartość  |
| 1 | Badanie lekarskie WSTEPNE | 20 |   |   |
| 2 | Konsultacja neurologiczna | 12 |   |   |
| 3 | Konsultacja laryngologiczna | 12 |   |   |
| 4 | Konsultacja okulistyczna | 12 |   |   |
| 5 | Badanie psychologiczne kierowcy kat B | 1 |   |   |
| 6 | Mocz - badanie ogólne | 12 |   |   |
| 7 | Morfologia | 12 |   |   |
| 8 | OB. | 12 |   |   |
| 9 | Cholesterol całkowity | 12 |   |   |
| 10 | Cukier we krwi | 12 |   |   |
| 11 | EKG standardowe | 12 |   |   |
| 12 | Zdjęcie RTG klatki piersiowej A-P | 12 |   |   |
|  |  |  | Razem |   |

1. **OŚWIADCZAMY,** że do wyliczenia ceny brutto zastosowaliśmy właściwą, aktualnie obowiązującą w przepisach prawa, stawkę podatku od towarów i usług (VAT).
2. **OŚWIADCZAMY,** że ceny brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia publicznego nie będą podlegały zmianie w czasie trwania umowy i obejmuje wszelkie koszty Wykonawcy związane z realizacją przedmiotu zamówienia w terminie lub w okresie wskazanym w Zapytaniu ofertowym, w tym m.in. opłaty, takie jak cła i podatki (w tym podatek od towarów i usług) oraz wszelkie inne koszty Wykonawcy.
3. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami / przy udziale podwykonawców \*\*, którzy będą wykonywać następujące prace wchodzące w zakres przedmiotu zamówienia:
	1. ………………………………………........……………. *(nazwa podwykonawcy, zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)*,
	2. …………………………………………………..……… *(nazwa podwykonawcy, zakres prac, które będzie wykonywać podwykonawca)*.
4. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni, który rozpoczyna się w dniu składania ofert.
5. **OŚWIADCZAMY** że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w pkt XV zapytania ofertowego oraz w art. 13 lub art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, a które są ujawnione w dokumentach przedstawionych Zamawiającemu[[2]](#footnote-2).
6. **WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na następujący adres:

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

1. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie zamówienia jest …………………………………………………………………

adres e-mail: …………….....………………, telefon nr: ………………………………..

**\*\* niepotrzebne skreślić**

data .......................................... 20.... r.

***ofertę należy podpisać podpisem elektronicznym umożliwiającym identyfikację osoby składającej podpis***

***lub*** *(w przypadku skanu oferty)*

......................................................................
 *podpis i pieczęć (osoba/y uprawniona/e)*

1. Niepotrzebne skreślić lub dodać część [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (treść oświadczenia należy usunąć np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-2)