*ZAŁĄCZNIK NR 1 do SWZ*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznegona **usługi medyczne obejmujące profilaktyczne badania lekarskie** (wstępne, okresowe, kontrolne, dodatkowe, sanitarno-epidemiologiczne, badania diagnostyczne, badania laboratoryjne, konsultacje specjalistyczne) **żołnierzy zawodowych i pracowników wojska jednostek oraz instytucji będących na zaopatrzeniu 24 WOG w Węgorzewie** składam ofertę w tym postępowaniu.

1. **Dane dotyczące WYKONAWCY**

Nazwa :…………………………………………………………………………………………….…

Siedziba:……………………………………………………………………………….……………..

Województwo: ………………………………………………………………………………………

Nr Rejestru KRS /CEIDG:…………………………………………………………..…………….…

Nr NIP:…………………………………………..Nr REGON :…………………………………….

Nr telefonu /faks:……………………………………………………………………………………..

Adres poczty elektronicznej…………………………………………………………………………

Wykonawca jest : **mikro / małym / średnim** przedsiębiorcą – *właściwe podkreślić* ***1)*** *lub przekreślić   
(żadne z wymienionych)*

**\*)** Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstwa oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. U. L 124   
z 20.5.2003, s. 36). **Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo,** które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**. **Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**. **Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa**, które **nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których roczny **obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.**

1. **WARUNKI OFERTY :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj Badania** | **JM** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto**  **zł** | **Wartość**  **brutto**  **zł** |
|
| 1 | MORFOLOGIA Z ROZMAZEM | szt. | 2000 |  |  |
| 2 | MOCZ BADANIE OGÓLNE | szt. | 2000 |  |  |
| 3 | POSIEW MOCZU | szt. | 20 |  |  |
| 4 | KOPROPORFIRYNA W MOCZU | szt. | 20 |  |  |
| 5 | MOCZNIK | szt. | 1200 |  |  |
| 6 | KREATYNINA | szt. | 1200 |  |  |
| 7 | CHOLESTEROL | szt. | 1200 |  |  |
| 8 | LDL | szt. | 1200 |  |  |
| 9 | HDL | szt. | 1200 |  |  |
| 10 | TG | szt. | 1200 |  |  |
| 11 | ALAT | szt. | 1200 |  |  |
| 12 | ASPAT | szt. | 1200 |  |  |
| 13 | GLUKOZA | szt. | 1200 |  |  |
| 14 | BILIRUBINA CAŁKOWITA | szt. | 1000 |  |  |
| 15 | KWAS MOCZOWY | szt. | 20 |  |  |
| 16 | OB. | szt. | 1200 |  |  |
| 17 | VDRL | szt. | 10 |  |  |
| 18 | HBsAg | szt. | 10 |  |  |
| 19 | P/CIAŁA ANTY HBS | szt. | 20 |  |  |
| 20 | TSH | szt. | 20 |  |  |
| 21 | ASO | szt. | 20 |  |  |
| 22 | RF- czynnik reumatoidalny | szt. | 20 |  |  |
| 23 | CRP | szt. | 20 |  |  |
| 24 | PSA | szt. | 500 |  |  |
| 25 | SÓD DZM | szt. | 100 |  |  |
| 26 | POTAS DZM | szt. | 100 |  |  |
| 27 | CHLORKI | szt. | 5 |  |  |
| 28 | GGTP | szt. | 11 |  |  |
| 29 | P/CIAŁA ANTY HCV | szt. | 1 |  |  |
| 30 | P/CIAŁA IgG PRZECIWKO H.pylori | szt. | 10 |  |  |
| 31 | KAŁ - KREW UTAJONA | szt. | 10 |  |  |
| 32 | KAŁ NA NOSICIELSTWO X 3 PRÓBY | szt. | 40 |  |  |
| 33 | RTG KLATKI PIERSIOWEJ +OPIS | szt. | 350 |  |  |
| 34 | RTG KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO (DWIE PROJEKCJE) | szt. | 1 |  |  |
| 35 | RTG KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO (DWIE PROJEKCJE) | szt. | 1 |  |  |
| 36 | USG JAMY BRZUSZNEJ | szt. | 1 |  |  |
| 37 | TOMOGRAF KOMPUTEROWY KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO | szt. | 1 |  |  |
| 38 | TOMOGRAF KOMPUTEROWY KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO | szt. | 1 |  |  |
| 39 | KONSULTACJA OKULISTYCZNA WYPISANIEM RECEPTY OKULAROWEJ | szt. | 200 |  |  |
| 40 | KONSULTACJA LARYNGOLOGICZNA | szt. | 300 |  |  |
| 41 | AUDIOGRAM | szt. | 300 |  |  |
| 42 | EKG + OPIS | szt. | 150 |  |  |
| 43 | KONSULTACJA PULMUNOLOGICZNA | szt. | 2 |  |  |
| 44 | SPIROMETRIA | szt. | 40 |  |  |
| 45 | GASTROSKOPIA | szt. | 1 |  |  |
| 46 | KONSULTACJA GASTROLOGICZNA | szt. | 5 |  |  |
| 47 | KONSULTACJA DERMATOLOGICZNA | szt. | 5 |  |  |
| 48 | KONSULTACJA PSYCHIATRYCZNA | szt. | 5 |  |  |
| 49 | KONSULTACJA PSYCHOLOGICZNA | szt. | 5 |  |  |
| 50 | KONSULTACJA GINEKOLOGICZNA | szt. | 5 |  |  |
| 51 | KONSULTACJA NEUROLOGICZNA | szt. | 50 |  |  |
| 52 | KONSULTACJA UROLOGICZNA | szt. | 5 |  |  |
| 53 | KONSULTACJA KARDIOLOGICZNA | szt. | 5 |  |  |
| 54 | BADANIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY-BADANIE WSTĘPNE,OKRESOWE,KONTROLNE-ZAKOŃCZONE WYSTAWIENIEM ZAŚWIADCZENIA | szt. | 2000 |  |  |
| 55 | BADANIE LEKARZA UPRAWNIONEGO DO PRZEPROWADZENIA BADAŃ W ZAKRESIE PRACY PRZY NARAŻENIU NA MIKROFALE + WYDANIE ZAŚWIADCZENIA | szt. | 10 |  |  |
| 56 | BADANIE LEKARSKIE DO CELÓW SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNYCH+ WYDANIE ZAŚWIADCZENIA | szt. | 100 |  |  |
| 57 | BADANIA PSYCHOLOGICZNE KIEROWCÓW | szt. | 10 |  |  |
| 58 | BADANIA PSYCHOLOGICZNE KIEROWCÓW UPRZYWILEJOWANYCH | szt. | 10 |  |  |
| 59 | BADANIA LEKARSKIE KIEROWCÓW KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE WRAZ Z WYDANIEM ORZECZENIA | szt. | 15 |  |  |
| 60 | BADANIA LEKARSKIE osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców oraz osób ubiegających się o zezwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi lub przewążacymi wartości pieniężne albo o przedłużenie ważności tego dokumentu (art. 75 ust. 1 pkt 1,2,6 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 o kierujących pojazdami) wraz z badaniami dodatkowymi, konsultacjami i wydaniem orzeczenia. | szt. | 30 |  |  |
| 61 | USŁUGI UDZIAŁU LEKARZA MEDYCYNY PRACY W PRACACH KOMISJI BHP, PRZEGLĄDZIE SŁUŻBY I STANOWISK PRACY, ZGODNIE Z KODEKSEM PRACY (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040 t.j.) (cena za 1 roboczogodzinę) | 1 roboczogodzina | 1 |  |  |
|  |  | **RAZEM:** | | |  |

1. **OŚWIADCZENIA dotyczące PODWYKONAWSTWA i wypełnienia obowiązków informacyjnych wynikających z RODO:**

|  |
| --- |
| 1. **Oświadczam, że KRS lub CEiDG należy pobrać posługując się NIP/KRS**   **…………………………. ze strony internetowej:…………………………………………**   * + 1. Oświadczam, że zamówienie wykonam własnymi siłami: **TAK/NIE*\****     2. Podwykonawcom (podać dane, o ile są znani) zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia:   - ……………………………………………………………………………………..   * + 1. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest:……………………………………………………………………   tel. ………………………….. fax:………………………………………………………..   * + 1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu **\*\*.**     2. Usługi medyczne obejmujące przedmiot zamówienia będą wykonywane w odległości do 100 km od m. Węgorzewo siedziby jednostki kierującej na badania |

……………………………………………………………………..

*(podpis elektroniczny osoby upełnomocnionej – zgodnie z „Informacją dla Wykonawcy”)*

***Informacja dla Wykonawcy:***

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę/y uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.*

* *niepotrzebne skreślić*
* *w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego do-tyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

*Szczegółowe informacje o sposobie pozyskania poszczególnych podpisów:*

*a) usługi kwalifikowanego podpisu elektronicznego oraz warunkach jej użycia można znaleźć   
na stronach internetowych kwalifikowanych dostawców usług zaufania, których lista znajduje się pod adresem internetowym:* [*http://www.nccert.pl/kontakt.htm*](http://www.nccert.pl/kontakt.htm)

*Kwalifikowany podpis elektroniczny spełnia wymogi określone w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego   
i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylające dyrektywę 1999/93/WE (eIDAS) oraz w Ustawie z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 162 ze zm.)*

*b) Podpisu zaufanego znajduje się pod adresem internetowym::* [*https://www.biznes.gov.pl/pl/firma/sprawy-urzedowe/chce-zalatwic-sprawe-przez-internet/profil-zaufany-i-podpis-zaufany*](https://www.biznes.gov.pl/pl/firma/sprawy-urzedowe/chce-zalatwic-sprawe-przez-internet/profil-zaufany-i-podpis-zaufany)

*c) Podpisu osobistego znajduje się pod adresem internetowym:* [*https://www.gov.pl/web/e-dowod*](https://www.gov.pl/web/e-dowod)