*Załącznik nr 1 do SWZ*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznegona usługi medyczne obejmujące profilaktyczne badania lekarskie żołnierzy i pracowników wojska oraz instytucji będących na zaopatrzeniu 24 WOG w Gołdapi, jako Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia, składam ofertę w tym postępowaniu.

1. **ZAMAWIAJĄCY I WYKONAWCA** :

**Dane dotyczące ZAMAWIAJĄCEGO**

24 Wojskowy Oddział Gospodarczy, ul. Nowowiejska 20, 11 – 500 Giżycko

fax**:** 261-335-641

REGON: 280602118

NIP: 845-197-50-09

**Dane dotyczące WYKONAWCY**

Nazwa :…………………………………………………………………………………………

Siedziba:………………………………………………………………………………………

Województwo:………………………………………………………………………………...

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

e-mali:………………………………………………………………………………………….

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

Nr NIP:…………………………………………………………………………………………

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

Kategoria przedsiębiorstwa:………………………………………………………………….

*(mikro, małe, średnie)*

1. **WARUNKI OFERTY W RAMACH POSZCZEGÓLNYCH KRYTERIÓW OCENY:**

***ZADANIE NR 1 – badania laboratoryjne oraz RTG wykonywane w m. Gołdap***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj Badania** | **JM** | **Ilość szacunkowa** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto**  **(kol. 4 x kol. 5)** |
|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | MORFOLOGIA Z ROZMAZEM | szt. | 1500 |  |  |
| 2 | MOCZ BADANIE OGÓLNE | szt. | 1500 |  |  |
| 3 | MOCZNIK | szt. | 200 |  |  |
| 4 | KREATYNINA | szt. | 100 |  |  |
| 5 | CHOLESTEROL | szt. | 500 |  |  |
| 6 | LDL | szt. | 500 |  |  |
| 7 | HDL | szt. | 500 |  |  |
| 8 | TG | szt. | 500 |  |  |
| 9 | ALAT | szt. | 300 |  |  |
| 10 | ASPAT | szt. | 300 |  |  |
| 11 | GLUKOZA | szt. | 500 |  |  |
| 12 | BILIRUBINA | szt. | 300 |  |  |
| 13 | OB. | szt. | 300 |  |  |
| 14 | VDRL | szt. | 20 |  |  |
| 15 | HBsAg | szt. | 10 |  |  |
| 16 | P/CIAŁA ANTY HBS | szt. | 50 |  |  |
| 17 | TSH | szt. | 5 |  |  |
| 18 | ASO | szt. | 10 |  |  |
| 19 | CRP | szt. | 14 |  |  |
| 20 | PSA | szt. | 100 |  |  |
| 21 | JONOGRAM ( Na, K) | szt. | 80 |  |  |
| 22 | P/CIAŁA ANTY HCV | szt. | 5 |  |  |
| 23 | P/CIAŁA IgG PRZECIWKO H.pylori | szt. | 5 |  |  |
| 24 | KAŁ - KREW UTAJONA | szt. | 2 |  |  |
| 25 | Kał na nosicielstwo 3xpróba | szt. | 50 |  |  |
| 26 | RTG KLATKI PIERSIOWEJ +OPIS | szt. | 350 |  |  |
| 27 | RTG KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO (DWIE PROJEKCJE) | szt. | 1 |  |  |
| 28 | RTG KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO (DWIE PROJEKCJE) | szt. | 1 |  |  |
| **WARTOŚĆ RAZEM:** | | | | |  |

**Ilość pracowników będących żołnierzami OT lub AR:** ………… osoba/y *(0, 1, 2 lub więcej żołnierzy)*

***ZADANIE NR 2 –* *konsultacje specjalistyczne wykonywane w odległości do 100 km od m. Gołdap***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj Badania** | **JM** | **Ilość szacunkowa** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto**  **(kol. 4 x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | KONSULTACJA NEUROLOGICZNA | szt. | 100 |  |  |
| 2 | KONSULTACJA LARYNGOLOGICZNA | szt. | 100 |  |  |
| 3 | AUDIOGRAM | szt. | 100 |  |  |
| 4 | KONSULTACJA KARDIOLOGICZNA | szt. | 5 |  |  |
| 5 | BADANIE LEKARZA UPRAWNIONEGO DO PRZEPROWADZENIA BADAŃ W ZAKRESIE PRACY PRZY NARAŻENIU NA MIKROFALE + WYDANIE ZAŚWIADCZENIA | szt. | 100 |  |  |
|  |  |  | **WARTOŚĆ RAZEM:** | |  |

**Ilość pracowników będących żołnierzami OT lub AR:** ………… osoba/y *(0, 1, 2 lub więcej żołnierzy)*

***ZADANIE NR 3 –*** ***konsultacja okulistyczna wykonywana w m. Gołdap***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj Badania** | **JM** | **Ilość szacunkowa** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto**  **(kol. 4 x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | KONSULTACJA OKULISTYCZNA Z WYPISANIEM RECEPTY OKULAROWEJ | szt. | 350 |  |  |
| **WARTOŚĆ RAZEM** | | | | | **:** |

**Ilość pracowników będących żołnierzami OT lub AR:** ………… osoba/y *(0, 1, 2 lub więcej żołnierzy)*

***ZADANIE NR 4 – badanie lekarza medycyny pracy oraz badanie kierowców wykonywane w m. Gołdap***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj Badania** | **JM** | **Ilość szacunkowa** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto**  **(kol. 4 x kol. 5)** |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | BADANIE KIEROWCÓW bez konsultacji specjalistycznych i badań dodatkowych + wydanie zaświadczenia | szt. | 100 |  |  |
| 2. | BADANIE LEKARSKIE DO CELÓW SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNYCH+ WYDANIE ZAŚWIADCZENIA | szt. | 100 |  |  |
| 3. | BADANIE LEKARZA MEDYCYNY PRACY + wydanie zaświadczenia | szt. | 1450 |  |  |
| **WARTOŚĆ RAZEM:** | | | | |  |

**Ilość pracowników będących żołnierzami OT lub AR:** ………… osoba/y *(0, 1, 2 lub więcej żołnierzy)*

1. **OŚWIADCZENIA, ZOBOWIĄZANIA, ZASTRZEŻENIA WYKONAWCY.**

|  |
| --- |
| * + 1. Oświadczam, że zamówienie wykonam własnymi siłami: **TAK/NIE*\****     2. Podwykonawcom (podać dane, o ile są znani) zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia:………………………………………………………………………   1. Część zamówienia, która zostanie powierzona podwykonawcy:   …………………………………………………………………………   1. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest: p.……………………………………………………………………   tel. ………………………….. e-mail: ………………………………………………………  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**.** |

**Uwaga**! dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym   
lub podpisem osobistym osób figurujących w odpowiednich rejestrach i uprawnionych   
do reprezentowania Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy zgodnie   
z upoważnieniem.