Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Modyfikacja z dnia 8.12.2021 r.

ZP.80.DAOiK.2021

**FORMULARZ OFERTY**

z wykazem asortymentowo – ilościowym

**Wykonywanie badań lekarskich: wstępnych, okresowych, kontrolnych, sanitarno – epidemiologicznych oraz szczepień ochronnych dla pracowników Zespołu Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia w Bydgoszczy.**

***I. Wykonawca:***

1 Nazwa i adres

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

a) NIP.................................................................................

b) REGON...........................................................................

c) Telefon...........................................................................

d) E-mail.............................................................................

e) nr KRS lub innego dokumentu:......................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe oferujemy wykonanie zamówienia polegającego na wykonywaniu badań lekarskich: wstępnych, okresowych, kontrolnych, sanitarno – epidemiologicznych oraz szczepień ochronnych dla pracowników Zespołu Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia w Bydgoszczy w zakresie i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami w następujący sposób:

1) Wartość ofertowa zamówienia – ogółem (Poz. 1- 23)……………………….………………………zł

(słownie zł: …………………………………………………………………………………………….)

2) Deklaruję 30 dniowy termin płatności licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

***II. Przedmiot zamówienia:***

1. Przewidywana ilość pracowników kierowanych na badania lekarskie w 2022 r. – 156 osób.
2. Badania będą przeprowadzane na podstawie imiennych skierowań wystawianych przez zamawiającego.
3. Badanie oraz wydanie orzeczenia lekarskiego będą wykonywane w tym samym dniu.
4. Z wybranym wykonawcą zostanie podpisana umowa dotycząca realizacji przedmiotu zamówienia, przewidywany okres trwania umowy: 1.01.2022 r. – 31.12.2022 r.
5. W ramach zawartej umowy wykonawca świadczyć będzie usługi medyczne w zakresie:
6. porad lekarzy specjalistów medycyny pracy,
7. przeprowadzania badań wstępnych, okresowych, kontrolnych i sanepidowskich,
8. wykonywanie szczepień ochronnych,
9. nadzoru nad warunkami pracy i doradztwa fachowego w problemach medycyny pracy,
10. prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej,
11. przeprowadzania badań diagnostyczno – laboratoryjnych,
12. wystawiania orzeczeń i zaświadczeń lekarskich,
13. prowadzenia działalności konsultacyjnej.

***III. Opis przedmiotu zamówienie wraz z ofertą cenową:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Stanowisko pracy / grupa zawodowa** | **Cena jednostkowa badania** | **Planowana ilość badań** | **Wartość ogółem**  (kolumna 3 x kolumna 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  | Opiekunki z narażeniem na czynniki biologiczne oraz czynniki fizyczne (dźwiganie) + praca na wysokości powyżej 1 m- BADANIE WSTĘPNE |  | 20 |  |
|  | Opiekunki z narażeniem na czynniki biologiczne oraz czynniki fizyczne (dźwiganie) + praca na wysokości powyżej 1 m- BADANIE OKRESOWE |  | 60 |  |
|  | Pielęgniarki z narażeniem na czynniki biologiczne- BADANIE WSTĘPNE |  | 1 |  |
|  | Pielęgniarki z narażeniem na czynniki biologiczne- BADANIE OKRESOWE |  | 6 |  |
|  | Pielęgniarki z narażeniem na czynniki biologiczne + stanowisko kierownicze- BADANIE WSTĘPNE |  | 1 |  |
|  | Pielęgniarki z narażeniem na czynniki biologiczne + stanowisko kierownicze- BADANIE OKRESOWE |  | 1 |  |
|  | Pracownicy terapii z narażeniem na czynniki biologiczne- BADANIE WSTĘPNE |  | 3 |  |
|  | Pracownicy terapii z narażeniem na czynniki biologiczne- BADANIE OKRESOWE |  | 8 |  |
|  | Terapeuta pracujący w środowisku (u podopiecznego) |  | 6 |  |
|  | Logopeda – długotrwały wysiłek głosowy |  | 1 |  |
|  | Pracownicy rehabilitacji z narażeniem na czynniki biologiczne i pole elektromagnetyczne- BADANIE WSTĘPNE |  | 1 |  |
|  | Pracownicy rehabilitacji z narażeniem na czynniki biologiczne i pole elektromagnetyczne- BADANIE OKRESOWE |  | 1 |  |
|  | Pracownicy administracji – praca przy komputerze powyżej 4h |  | 5 |  |
|  | Pracownicy administracji – praca przy komputerze do 4 h |  | 4 |  |
|  | Stanowiska kierownicze – praca przy komputerze powyżej 4h |  | 2 |  |
|  | Stanowiska kierownicze – bez pracy przy komputerze |  | 6 |  |
|  | Pracownicy obsługi - praca na wysokości powyżej 1 m (sprzątaczki, pokojowe, rzemieślnik) |  | 13 |  |
|  | Pracownicy obsługi - praca na wysokości do 1 m (sprzątaczki, pokojowe, rzemieślnik) |  | 6 |  |
|  | Kierowca kat. B (tonaż do 3,5 t) z badaniami psychotechnicznymi- BADANIE WSTĘPNE |  | 1 |  |
|  | Kierowca kat. B (tonaż do 3,5 t)-BADANIE OKRESOWE |  | 4 |  |
|  | Pracownicy kuchni |  | 6 |  |
| **RAZEM:** | | | 156 |  |
| **Usługi dodatkowe \*** | | | | |
| 16. | Badanie pracownika niepełnosprawnego w celu wydania zaświadczenia o możliwości: pracy ponad obowiązujący wymiar czasu pracy, pracy w godzinach nadliczbowych, pracy w porze nocnej |  | --- | --- |
| 17. | Wydanie duplikatu zaświadczenia lekarskiego |  | --- | --- |
| 18. | Udział lekarza w zakładowej komisji bhp |  | --- | --- |
| 19. | Opinia lekarza specjalisty dotycząca kwalifikacji wypadku przy pracy |  | --- | --- |
| 20. | Wystawienie orzeczenia do celów sanitarno - epidemiologicznych |  | --- | --- |
| 21. | Badania kału na nosicielstwo zarazków schorzeń jelitowych (3-krotne badanie) |  | --- | --- |
| 22. | Szczepienie ochronne pracowników przeciw WZW typu B (jedna dawka) |  | --- | --- |
| 23. | Badania kontrolne + wydanie orzeczenia |  | --- | --- |
| **RAZEM:** | |  | --- | --- |

\* w pozycjach nr 16 – 23 w kolumnie nr 3 należy podać cenę jednostkową każdej usługi oraz łączną kwotę za usługi dodatkowe

**………………………. ………………………………………………………..**

data sporządzenia oferty (imię i nazwisko) podpis osoby (osób) upoważnionej/nych) do reprezentowania wykonawcy