**Załącznik nr 1**

**do zapytania ofertowego DA.222.1.43.2022**

**OFERTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wymagane Informacje** | **Informacje podane przez Wykonawcę** |
| **1.** | **Nazwa Wykonawcy/Imię i nazwisko**(w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/ w przypadku spółki cywilnej imię i nazwisko każdego ze wspólników) |  |
| **2.** | **Adres siedziby Wykonawcy/ oraz adres miejsca zamieszkania Wykonawcy**(w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/w przypadku spółki cywilnej – adres zamieszkania każdego ze Wspólników – gdy jest inny niż adres siedziby Wykonawcy): |  |
| **3.** | **Numer telefonu/ faksu:** |  |
| **4.** | **Adres e-mail:** |  |
| **5.** | **Osoby wyznaczone do kontaktu**(w przypadku, gdy inne niż Wykonawca wskazany w pkt 1) |  |
| **6.** | **Numer telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu**(w przypadku, gdy inny niż numer telefonu Wykonawcy wskazany w pkt 3) |  |
| **7.** | **Adres e-mail osoby wyznaczonej do kontaktu**(w przypadku, gdy inny niż e-mail Wykonawcy wskazany w pkt 4) |  |
| **8.** | **Numer REGON, NIP/PESEL**(w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę fizyczną/ w przypadku spółki cywilnej PESEL każdego ze wspólników) |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe **DA.222.1.43.2022** składam ofertę na **świadczenie usług w zakresie badań profilaktycznych oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rumi i bezrobotnych, dla których MOPS jest organizatorem stażu oraz uczestników projektu „Klub Integracji Społecznej ZAGÓRZE” – osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym i ich rodzin ww. Projektu z terenu Rumia Zagórze (w tym niepełnosprawnych), w zakresie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.**

Oświadczam, iż:

1. posiadam uprawnienia i kwalifikacje, umożliwiające wykonanie w/w zamówienia oraz dysponuję potencjałem kadrowym i technicznym, odpowiednim do wykonania tego zamówienia,
2. w pełni akceptuję oraz spełniam wszystkie wymienione warunki udziału w postępowaniu,
3. zapoznałem się z treścią Zapytania ofertowego i wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz spełniam warunki w nich zawarte,
4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie niniejszego zamówienia,
5. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego według wzoru Zamawiającego,
6. realizacja usług będzie prowadzona zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym,
7. **prowadzę/nie prowadzę\*** działalności gospodarczej,
8. **jest/nie jest\*** wobec Wykonawcy prowadzone żadne postępowanie upadłościowe bądź inne postępowanie zmierzające do likwidacji Wykonawcy (dotyczy prowadzących działalność gospodarczą),
9. **zalegam/nie zalegam\*** z opłacaniem składek i podatków,
10. **podlegam/nie podlegam\*** wykluczeniu z ww. postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835 z późn. zm.).
11. oferowana cena brutto obejmuje realizację usług będących przedmiotem zamówienia przez cały jej okres, zgodnie z wymogami opisanymi w zapytaniu ofertowym według poniższej kalkulacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Cena jednostkowa** **netto za 1 badanie** | **Cena jednostkowa** **brutto za 1 badanie** |
| **1** | Badania krwi (morfologia, OB) |  |  |
| **2** | Badania ogólne moczu |  |  |
| **3** | RTG klatki piersiowej |  |  |
| **4** | Konsultacja i badania specjalistyczne wykonywane przez lekarza specjalistę okulistyki |  |  |
| **5** | Konsultacja i badania w zakresie okulistycznym udzielana przez lekarza orzecznika medycyny pracy |  |  |
| **6** | Badania widzenia nocnego i zmierzchowego |  |  |
| **7** | Badanie lekarza medycyny pracy i wystawienie orzeczenia lekarskiego |  |  |
| **8** | Glukoza |  |  |
| **9** | Badanie sanitarno-epidemiologiczne |  |  |
| **10** | Konsultacja i badania specjalistyczne wykonywane przez lekarza specjalistę neurologii |  |  |
| **11** | Konsultacja i badania w zakresie neurologicznym wykonywane przez lekarza orzecznika medycyny pracy |  |  |
| **12** | Konsultacja i badania specjalistyczne wykonywane przez lekarza specjalistę otolaryngologii |  |  |
| **13** | Konsultacja i badania w zakresie laryngologicznym wykonywane przez lekarza orzecznika medycyny pracy |  |  |
| **14** | Badanie psychologiczne kat.B |  |  |
|  | **SUMA BADAŃ:** |  |  |

1. korzystam z usług podwykonawców, w zakresie:

…………………………………………………………………………………………………………………………

(wymienić rodzaj badania, nazwę i adres podwykonawcy)

**13**. termin przyjęcia do lekarza medycyny pracy: **do 5 dni kalendarzowych(włącznie)/powyżej 5 dni
 kalendarzowych\*** począwszy od dnia skierowania przez Wykonawcę na pierwsze badanie.

**14. niniejsza oferta zawiera/nie zawiera\*** informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, w
 rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

 …………..……..……………………

 Data i czytelny podpis Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić