***0110-KLL2.261.71.2021.1 Załącznik nr 1 do Zaproszenia***

*pieczęć firmowa Wykonawcy*

**FORMULARZ OFERTY**

**(ZMIENIONY)**

Wykonawca:

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

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

NIP: ……………………….....………………………………………………………………….………………………………………

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

Nr telefonu/ faksu: ……………………….……………………………………………………..………………………………..

Adres e-mail: ………………………………………………………….………………………...…………………………………..

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert nr 0110-KLL2.261.71.2020.1 na wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników Krajowej Informacji Skarbowej zgodnie z wymaganiami określonymi w Zaproszeniu do składania ofert, składam ofertę na usługę będącą przedmiotem zamówienia dla:

|  |  |
| --- | --- |
| CZĘŚĆ I – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Krajowej Informacji Skarbowej z siedzibą w Bielsku-Białej, Delegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Bielsku-Białej, Wydziału Krajowej Informacji Skarbowej w Cieszynie  | **□\*** |
| CZĘŚĆ II – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Wydziału Krajowej Informacji Skarbowej w Będzinie  | **□\*** |
| CZĘŚĆ III – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Delegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Lesznie  | **□\*** |
| CZĘŚĆ IV – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Delegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Piotrkowie Trybunalskim  | **□\*** |
| CZĘŚĆ V – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Delegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Płocku | **□\*** |
| CZĘŚĆ VI – wykonanie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Delegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Toruniu | **□\*** |

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za niżej określoną cenę:**

**Dla części I\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówKrajowej Informacji Skarbowej z siedzibą w Bielsku-Białej, Delegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Bielsku-Białej, Wydziału Krajowej Informacji Skarbowej w Cieszynie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań**  | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe  | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie**  |  | 79 | 111 |   |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 23 |   |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 9 |   |
| 4 | badania okulistyczne wykonane przez lekarza okulistę lub lekarza medycyny pracy |  | 102 |   |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 5 |   |
| 6 | badania neurologiczne wykonane przez lekarza neurologa lub lekarza medycyny pracy |  | 5 |   |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) wykonane przez lekarza laryngologa lub lekarza medycyny pracy |  | 15 |   |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne)  |  | 15 |   |
| 9 | audiogram |  | 15 |   |
| 10 | badania psychologiczne (test oceniający sprawność psychoruchową) |  | 5 |   |
| 11 | badania EKG |  | 111 |   |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |  | 111 | 111 |   |
| 13 | morfologia |  | 111 |   |
| 14 | mocz |  | 111 |   |
| 15 | profil lipidowy |  | 102 |   |
| 16 | glukoza |  | 5 |   |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 0 |   |
| 18 | spirometria  |  | 0 |   |
| **19** | **SUMA** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................…………..….........................................................................................................................................................................................................................................….................................................................................................................w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...………… złotych*(słownie:...................................................................................................................................................................................... zł)* |

**Dla części II\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówWydziału Krajowej Informacji Skarbowej w Będzinie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań**  | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | 24 | 29 |   |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 1 |   |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 4 |   |
| 4 | badania okulistyczne wykonane przez lekarza okulistę lub lekarza medycyny pracy |  | 25 |   |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 0 |   |
| 6 | badania neurologiczne wykonane przez lekarza neurologa lub lekarza medycyny pracy |  | 0 |   |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) wykonane przez lekarza laryngologa lub lekarza medycyny pracy |  | 24 |   |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) |  | 24 |   |
| 9 | audiogram |  | 24 |   |
| 10 | badania psychologiczne (test oceniający sprawność psychoruchową) |  | 0 |   |
| 11 | badania EKG |  | 29 |   |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |  | 29 | 29 |   |
| 13 | morfologia |  | 29 |   |
| 14 | mocz |  | 29 |   |
| 15 | profil lipidowy |  | 25 |   |
| 16 | glukoza |  | 0 |   |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 0 |   |
| 18 | spirometria |  | 0 |   |
| **19** | **SUMA** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................……………….........................................................................................................................................................................................................................................…........................................................................................................................................................................................................................................w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...………… złotych*(słownie:...................................................................................................................................................................................... zł)* |

**Dla części III\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówDelegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Lesznie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań**  | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | 75 | 88 |   |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 10 |   |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 3 |   |
| 4 | badania okulistyczne wykonane przez lekarza okulistę lub lekarza medycyny pracy |  | 65 |   |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 4 |   |
| 6 | badania neurologiczne wykonane przez lekarza neurologa lub lekarza medycyny pracy |  | 4 |   |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) wykonane przez lekarza laryngologa lub lekarza medycyny pracy |  | 17 |   |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) |  | 17 |   |
| 9 | audiogram |  | 17 |   |
| 10 | badania psychologiczne (test oceniający sprawność psychoruchową) |  | 4 |   |
| 11 | badania EKG |  | 88 |   |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe**  |  | 88 | 88 |   |
| 13 | Morfologia |  | 88 |   |
| 14 | Mocz |  | 88 |   |
| 15 | Profil lipidowy |  | 65 |   |
| 16 | glukoza |  | 4 |   |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 0 |   |
| 18 | spirometria |  | 0 |   |
| **19** | **SUMA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)……………...........................……...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................w godz. od ….................. do …................ | ………………...…………...… złotych*(słownie:..................................................................................................................................................................................... zł)* |

**Dla części IV\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówDelegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Piotrkowie Trybunalskim.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań**  | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |   | 26 | 28 |  |
| 2 | badania lekarskie wstępne |   | 1 |  |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |   | 1 |  |
| 4 | badania okulistyczne wykonane przez lekarza okulistę lub lekarza medycyny pracy |   | 27 |  |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia  |   | 4 |  |
| 6 | badania neurologiczne wykonane przez lekarza neurologa lub lekarza medycyny pracy |   | 4 |  |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) wykonane przez lekarza laryngologa lub lekarza medycyny pracy |   | 6 |  |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) |   | 6 |  |
| 8 | audiogram |   | 6 |  |
| 9 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |   | 4 |  |
| 10 | badania EKG |   | 28 |  |
| 11 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |   | 28 | 28 |  |
| 12 | Morfologia |   | 28 |  |
| 13 | Mocz |   | 28 |  |
| 14 | Profil lipidowy |   | 27 |  |
| 15 | glukoza |   | 4 |  |
| 16 | RTG (np. kl. piersiowej) |   | 0 |   |
| 18 | spirometria |   | 0 |   |
| 19 | **SUMA** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….........................………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................w godz. od ….................. do …................ | ………………...…..……….… złotych*(słownie:...................................................................................................................................................................................... zł)* |

**Dla części V\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówDelegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Płocku.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań**  | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | 52 | 61 |   |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 5 |   |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 4 |   |
| 4 | badania okulistyczne wykonane przez lekarza okulistę lub lekarza medycyny pracy |  | 57 |   |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 1 |   |
| 6 | badania neurologiczne wykonane przez lekarza neurologa lub lekarza medycyny pracy |  | 1 |   |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) wykonane przez lekarza laryngologa lub lekarza medycyny pracy |  | 25 |   |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) |  | 25 |   |
| 9 | audiogram |  | 25 |   |
| 10 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |  | 1 |   |
| 11 | badania EKG |  | 61 |   |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |  | 61 | 61 |   |
| 13 | Morfologia |  | 61 |   |
| 14 | Mocz |  | 61 |   |
| 15 | Profil lipidowy |  | 57 |   |
| 16 | glukoza |  | 1 |   |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 0 |   |
| 18 | spirometria |  | 0 |   |
| **19** | **SUMA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….......................................….........................................................................................................................................................................................................................................….........................................................................................................................................................................................................................................w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...………… złotych*(słownie:...................................................................................................................................................................................... zł)* |

**Dla części VI\*\*** wykonanie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz pracownikówDelegatury Krajowej Informacji Skarbowej w Toruniu.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa badania** | **Przewidywana ilość osób do badań**  | **Wartość zamówienia** |
| 1 | badania lekarskie okresowe | **Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie** |  | 42 | 49 |   |
| 2 | badania lekarskie wstępne |  | 7 |   |
| 3 | badania lekarskie kontrolne |  | 0 |   |
| 4 | badania okulistyczne wykonane przez lekarza okulistę lub lekarza medycyny pracy |  | 49 |   |
| 5 | badania okulistyczne - badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 4 |   |
| 6 | badania neurologiczne wykonane przez lekarza neurologa lub lekarza medycyny pracy |  | 4 |   |
| 7 | badania laryngologiczne (otolaryngologiczne) wykonane przez lekarza laryngologa lub lekarza medycyny pracy |  | 19 |   |
| 8 | badania laryngologiczne (badanie foniatyczne) |  | 19 |   |
| 9 | audiogram |  | 19 |   |
| 10 | badania psychologiczne oceniające sprawność psychoruchową |  | 4 |   |
| 11 | badania EKG |  | 49 |   |
| 12 | OB | **Badanie laboratoryjne podstawowe** |  | 49 | 49 |   |
| 13 | Morfologia |  | 49 |   |
| 14 | Mocz |  | 49 |   |
| 15 | Profil lipidowy |  | 49 |   |
| 16 | glukoza |  | 4 |   |
| 17 | RTG (np. kl. piersiowej) |  | 0 |   |
| 18 | spirometria |  | 0 |   |
| **19** | **SUMA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oznaczenie miejsca i godzin wykonywania usług** | **Wartość zamówienia ogółem** |
| Badania wykonywane będą w (nazwa i adres)…….......................................…....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................w godz. od ….................. do …................ | ………………...…...………… złotych*(słownie:...................................................................................................................................................................................... zł)* |

**UWAGA:**

Ceny należy określić w złotych z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku.

1. **Oświadczamy, że:**
2. Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
3. Posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia.
4. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
5. Oświadczamy, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty oraz nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
6. Oświadczamy, że podane w ofercie ceny nie będą podlegać zmianie i waloryzacji.
7. Dołączony do zaproszenia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na podanych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. Oświadczamy również, że zapoznaliśmy się z warunkami płatności określonymi w Projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert.
8. Dane w ewidencji/rejestrze, w którym widniejemy (KRS/CEIDG) są aktualne i w terminie 30 dni poprzedzających złożenie oferty nie były zgłaszane do ewidencji/rejestru żadne zmiany.
9. Oferta jest ważna i wiążąca przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin do składania ofert. Zamawiający może się zwrócić raz do Wykonawcy przed upływem 30 dni o przedłużenie terminu związania ofertą, na dalszy czas oznaczony nie dłuższy niż 30 dni. Otrzymane przez Zamawiającego oświadczenia Wykonawcy wyrażającego wolę przedłużenia terminu związania ofertą przed upływem terminu wskazanego w zdaniu 1, jest dla stron wiążące.
10. **Warunki płatności:**

Warunki płatności zostały określone w Projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 3 do Zaproszenia do składania ofert.

1. **Oświadczamy również, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| W przypadku wyboru naszej oferty osoby których czynności polegają na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1320) realizujące bezpośrednio zamówienie będą zatrudnione na podstawie umowy o pracę. Zapis ten nie dotyczy personelu medycznego a więc osób uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny zatrudnionych na podstawie innych umówcywilnoprawnych z podmiotem leczniczym. | □\*) |
| Prowadzimy działalność gospodarczą w postaci spółki osobowej i nie zatrudniamy żadnych pracowników (dotyczy zarówno umów cywilnoprawnych jak i umów o pracę) | □\*) |
| Prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą oraz oświadczam również, że prace związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia będę wykonywał/ła osobiście | □\*) |

1. **Oświadczamy również, że:**
* przedmiot zamówienia zrealizujemy sami w całości\*
* realizację przedmiotu zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom w całości\*
* realizację przedmiotu zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom w wymienionym poniżej zakresie:\*

……………………………………………………………………………….………..\*\*

1. **Informacja dotycząca mikroprzedsiębiorstwa:**

Jestem mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem: TAK/NIE\*)

**🞎 *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. **Dane do kontaktu z Wykonawcą:**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Zamawiającym**:................................................................................................................................................**nr telefonu** .................................................... **nr faksu** …….................................................**e-mail** ..................................................................................................................................... |
| **Adres do korespondencji – wypełnić, jeżeli jest inny niż na pieczęci firmowej**:**kod** ................................................. **miasto** ...........................................................................................**ulica nr** .................................................................................................................................. |

Podane wyżej dane kontaktowe (nr faksu/adres poczty elektronicznej) posłużą do przekazywania informacji zarówno w niniejszym postępowaniu jak również wszelkich informacji związanych z realizacją umowy będącej wynikiem tego postepowania. Dotyczy to również przekazywania informacji w zakresie naliczania kar umownych w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

Dokumenty przesłane na ww. nr faksu/adres poczty elektronicznej uważa się za doręczone Wykonawcy. Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego potwierdzenia ich otrzymania.

Za prawidłowe podanie danych teleadresowych odpowiada Wykonawca. W związku z powyższym Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za odbieranie na bieżąco przekazywanej poczty drogą elektroniczną na wyżej podany nr faksu/adres poczty elektronicznej. W przypadku zaniechania odbierania poczty w ww. sposób Wykonawca ponosi wszelkie skutki z tego wynikające, a brak potwierdzenia otrzymania korespondencji nie powoduje przesunięcia terminów wskazanych w postępowaniu i postanowieniach umowy.

1. **Oświadczenie Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-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

……………………… dnia, ....................

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

 *podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

***UWAGA:*** *Wszystkie zmiany już po wypełnieniu oferty powinny być dokonywane poprzez skreślenie poprzedniej wartości lub wyrażenia oraz wpisanie nowej z parafką osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy. Nie dopuszcza się używania korektora.*

\*) zaznaczyć właściwe

\*\*) wypełnić dla oferowanych części

\*\*\*) wpisać zakres

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) [↑](#footnote-ref-1)