Załącznik nr 1

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza orzecznika**

**w Poradni Medycyny Pracy Szpitala Powiatowego w Zawierciu**

**I. Dane Oferenta:**

Nazwa Wykonawcy

Siedziba wykonawcy

NIP Regon

Tel. Fax

e-mail: www.

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

**II. Oferta**

Oferuję udzielanie świadczeń z zakresu medycyny pracy na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu oferty wraz z załącznikami, w związku z czym oświadczam, że:

1. Będę realizować Badania w okresie 24 miesięcy za łączne wynagrodzenie, które nie przekroczy kwoty:

……………………………………………………………………..………....… zł (netto)

plus należny podatek VAT ………………………..…..…..% tj. ……….………………………………..………..zł,

brutto (z VAT): …………………………………………………………………..……………..……zł

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

Powyższa cena wynika z poniższej kalkulacji:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres wykonywanych badań*** | ***Przewidywana liczba\**** | ***posiadane uprawnienia***  ***tak/nie*** | ***Oferowana cena za jedno badanie w zł brutto*** | ***Łącznie*** |
| 1 | badanie profilaktyczne – wstępne/ okresowe/ kontrolne, w tym uczniowie | **14 500 badań** |  |  |  |
| 2 | badanie profilaktyczne wstępne – zmiana stanowiska pracy |  |  |
| 3 | badanie lekarza orzecznika – skrócony czas pracy |  |  |
| 4 | badanie lekarza orzecznika do celów sanitarno-epidemiologicznych wraz z wpisem do pracowniczej książeczki zdrowia |  |  |
| 5 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego |  |  |
| 6 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badań pracowników ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami wraz z wydaniem zaświadczenia lekarskiego –  kategorii:  A,A1,B,B1,T,B+E,C,C1,D,D1,C+E,D+E,C1+E,D1+E | **300 badań** |  |  |  |
| 7 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badania kandydatów na instruktora lub egzaminatora osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami wraz z wydaniem zaświadczenia lekarskiego |  |  |
| 8 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badania lekarskiego w celu wydania świadectwa kwalifikacji zawodowej kierowcy wraz z wydaniem zaświadczenia lekarskiego |  |  |
| 9 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badania lekarskiego osób występujących o zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub przewożącym wartości pieniężne albo przedłużenie ważności tego dokumentu – wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  |  |
| 10 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badań profilaktycznych osób wykonujących prace w warunkach tropikalnych, morskich i podwodnych i powracających z pracy w warunkach tropikalnych – wraz z wydaniem świadectwa zdrowia | **5 badań** |  |  |  |
| 11 | badanie lekarza orzecznika posiadającego uprawnienie do wydania orzeczenia osobie ubiegającej się o wydanie licencji detektywa lub posiadającej licencję detektywa – wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego | **10 badań** |  |  |  |
| 12 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badań osób ubiegających się o pozwolenie na broń wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  |  |
| 13 | badanie lekarza orzecznika uprawnionego do badań osób ubiegających się o wpis lub posiadających wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  |  |
| 14 | wizytacja stanowisk pracy – przez lekarza medycyny pracy | **6 badań** |  |  |  |
| 15 | uczestnictwo w pracach komisji BHP – przez lekarza medycyny |  |  |
| Inne świadczenia wykonywane przez lekarza orzecznika: | | | | | |
| 16 | wydanie duplikatu zaświadczenia lekarskiego na wniosek pacjenta lub zakładu pracy | **10 zaświadczeń** |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |

\* Podane ilości badań w skali 24 miesięcy są szacunkowe i służą jedynie do oceny oferty, jeżeli faktyczna ilość badań będzie inna, Przyjmującemu Zamówienie nie służą z tego tytułu żadne roszczenia.

1. Dane personelu lekarskiego odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Specjalizacja** | **Nr PWZ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3. Proponowany harmonogram pracy

|  |  |
| --- | --- |
| **Dzień** | **Godziny** |
| poniedziałek |  |
| wtorek |  |
| środa |  |
| czwartek |  |
| piątek |  |

Ponadto oświadczam, że:

1. zapoznałem/-am się ze stanem technicznym i prawnym pomieszczeń i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz zrzekam się roszczeń związanych w jakikolwiek sposób ze stanem tych pomieszczeń, sprzętów i aparatury medycznej.
2. zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami konkursu i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;
3. zapoznałem /-am się z treścią wzoru umowy i akceptuję jego treść bez zastrzeżeń.

…………………………………………..

Podpis osoby uprawnionej/ osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta