**Załącznik nr 4 do Regulaminu udzielania zamówień na dostawy, usługi i roboty budowlane**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Stawy Milickie Spółka Akcyjna

Ruda Sułowska 20, 56-300 Milicz

tel./fax (71) 384 71 10, e-mail: [biuro@stawymilickie.pl](mailto:biuro@stawymilickie.pl), [www.stawymilickie.pl](http://www.stawymilickie.pl)

**FORMULARZ OFERTY**

1. **DANE WYKONAWCY**

**Nazwa Wykonawcy:**

**Adres siedziby Wykonawcy:**

**Adres do korespondencji:**

1. **OFERTA CENOWA**

W związku z zapytaniem ofertowym przedsiębiorstwa Stawy Milickie Spółka Akcyjna z siedzibą w Rudzie Sułowskiej 20 z dnia: 17.11.2021 r, znak sprawy: ZWR – 19/2021, składam/my ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym   
i załącznikach na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Cena jednostkowa netto (w zł)** | **Stawka podatku VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
| 1 | Orzeczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do pracy z wydaniem zaświadczenia |  |  |  |
| 2 | Podstawowe badania laboratoryjne: |  |  |  |
|  | - Morfologia |  |  |  |
|  | - OB |  |  |  |
|  | - Mocz |  |  |  |
| 3 | Poziom cukru we krwi |  |  |  |
| 4 | Poziom cholesterolu |  |  |  |
| 5 | Badanie na obecność przeciwciał przeciwko Borrelia burgdorferi (A.69,2) tj. IgM i IgG |  |  |  |
| 6 | Próby wątrobowe |  |  |  |
|  | -ASPAT (GOT) |  |  |  |
|  | -ALAT (GPT) |  |  |  |
|  | - Bilirubina |  |  |  |
| 7 | Konsultacja okulistyczna |  |  |  |
| 8 | Konsultacja neurologiczna |  |  |  |
| 9 | Konsultacja laryngologiczna |  |  |  |
| 10 | Konsultacja psychologiczna |  |  |  |
| 11 | Badanie słuchu |  |  |  |
| 12 | Badanie EKG spoczynkowe |  |  |  |
| 13 | RTG klatki piersiowej |  |  |  |
| 14 | RTG rąk, łokci |  |  |  |
| 15 | Spirometria |  |  |  |
| 16 | Wydanie orzeczenia do książeczki sanitarno- epidemiologicznej |  |  |  |
| 17 | Badanie psychologiczne kandydata na kierowcę/kierowcy (kierowca zawodowy) |  |  |  |
| 18 | Badanie psychologiczne kierowcy kat. B używającego samochód do celów służbowych |  |  |  |
| 19 | Badanie na olśnienie i widzenie zmierzchowe |  |  |  |
| 20 | Dawka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu |  |  |  |
| 21 | Udział lekarza w komisji BHP/na godzinę |  |  |  |
| 22 | Udział pielęgniarki w komisji BHP/na godzinę |  |  |  |
| 23 | Udział lekarza w przeglądzie stanowisk pracy/na godzinę |  |  |  |
| 24 | Udział pielęgniarki w przeglądzie stanowisk pracy/na godzinę. |  |  |  |

*Uwaga:*

*Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej.*

*Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.*

1. **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**
2. Oświadczamy, że wykonamy zamówienie w okresie od 01.01.2022 r do 31.12.2022 r.
3. Oświadczamy, że rejestracja będzie odbywać się w postaci: osobistej. Telefonicznej lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej np. e-mail.
4. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z warunkami określonymi w zapytaniu ofertowym   
   i nie wnoszę do nich zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
5. Oświadczam/my, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty i w cenie oferty uwzględniliśmy wszystkie elementy cenotwórcze wynikające z zakresu i sposobu realizacji przedmiotu zamówienia.
6. Akceptuje/my projekt umowy w sprawie zamówienia stanowiący *załącznik do zapytania ofertowego* i w razie wybrania naszej oferty zobowiązuje/my się do podpisania umowy   
   i realizacji zamówienia na warunkach w niej zapisanych.
7. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Zapytaniu ofertowym, czyli przez okres 30 dni od upływu ostatecznego terminu składania ofert.
8. Osobą/ Osobami uprawnionymi do bezpośredniego kontaktu z Zamawiającym i obsługi realizacji zamówienia ze strony Wykonawcy będzie/ będą :

..........................................................................,tel. ...................................................................

..........................................................................,tel. ...................................................................

1. Oświadczamy, że wypełniliśmy 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 w niniejszym postępowaniu – „Świadczenia usług z zakresu medycyny pracy”

……………………… …………………………………………..

miejscowość, data podpis i pieczątka

osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy