RP VI WBA 230.13.2020

Załącznik nr 1

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

NIP …………………………………………..

REGON ……………………………………...

tel. ………….……. fax ……………………..

e-mail: ……………………………………….

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty dla zadania p.n. „*Świadczenie usług w zakresie badań profilaktycznych dla pracowników Prokuratury Regionalnej w Szczecinie w okresie od 01.07.2020 r. do 30.06.2022 r.”*

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z cenami brutto zawartymi w specyfikacji kosztów badań profilaktycznych

razem brutto słownie:

………………................................................................................................................................

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

w tym stawka podatku VAT …….. % w wysokości ………………………….……………… zł

oraz:

1. Oświadczamy, że cena brutto określona (*Załącznik do formularza ofertowego*) zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru oferty.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy podstawowej i akceptujemy postanowienia w niej zawarte, a także nie wnosimy uwag do jej treści.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych i akceptujemy postanowienia w niej zawarte, a także nie wnosimy uwag do jej treści.
4. Oświadczamy, że zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy podstawowej na ustalonych warunkach i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu2).
6. Jako osobę upoważnioną do kontaktu w imieniu Wykonawcy wskazuję:

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

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

(*imię i nazwisko, tel. komórkowy, nr faksu, e-mail)*

1. Jako adres placówki, w której świadczone będą usługi wskazuję:

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

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

W załączeniu:

a) aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,

b) pełnomocnictwo (jeśli dotyczy),

c) dokument poświadczający posiadanie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,

d) inne dokumenty, oświadczenia składane wraz z ofertą (należy wskazać jakie)

…………………………………….

(podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

uprawnionych do występowania w obrocie prawnym,

reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

UWAGA: podpis nieczytelny jest dopuszczalny wyłącznie z pieczątką imienną osoby składającej podpis.

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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).
2. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

RP VI WBA 230.13.2020 Załącznik do Formularza ofertowego

SPECYFIKACJA

kosztów badań profilaktycznych

dla pracowników

PROKURATURY REGIONALNEJ W SZCZECINIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | cena brutto (w zł ) |
| **I.** | **Pracownik biurowy** |  |
| **1.** | **Stanowiska decyzyjne – kadra kierownicza** |  |
| **a)** | Badanie podstawowe: |  |
|  | morfologia |  |
|  | badanie moczu |  |
|  | OB |  |
|  | badanie krwi – cholesterol całkowity |  |
| **b)** | RTG klatki piersiowej |  |
| **c)** | konsultacja okulistyczna |  |
| **d)** | EKG |  |
| **e)** | badanie lekarskie z orzeczeniem |  |
| **2.** | **Pracownik biurowy pracujący przy monitorze komputera poniżej 4 godzin dziennie** | |
| **a)** | Badania podstawowe: |  |
|  | morfologia |  |
|  | badanie moczu |  |
|  | OB |  |
| **b)** | RTG klatki piersiowej |  |
| **c)** | badanie lekarskie z orzeczeniem |  |
| **3.** | **Pracownik biurowy pracujący przy monitorze komputera powyżej 4 godzin dziennie** | |
| **a)** | Badania podstawowe: |  |
|  | morfologia |  |
|  | badanie moczu |  |
|  | OB |  |
| **b)** | RTG klatki piersiowej |  |
| **c)** | konsultacja okulistyczna |  |
| **d)** | badanie lekarskie z orzeczeniem |  |
| **4.** | **Pracownik biurowy pracujący przy monitorze komputera powyżej 4 godzin dziennie – pracownik powyżej 40 roku życia** | |
| **a)** | Badanie podstawowe: |  |
|  | morfologia |  |
|  | badanie moczu |  |
|  | OB |  |
|  | badanie krwi – cholesterol całkowity |  |
| **b)** | RTG klatki piersiowej |  |
| **c)** | EKG |  |
| **d)** | konsultacja okulistyczna |  |
| **e)** | badanie lekarskie z orzeczeniem |  |
| **5.** | **Kierowca** |  |
| **a)** | Badania podstawowe: |  |
|  | morfologia |  |
|  | badanie moczu |  |
|  | OB |  |
| **b)** | RTG klatki piersiowej |  |
| **c)** | badanie okulistyczne |  |
| **d)** | badanie lekarskie z orzeczeniem *(zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2014 r.)* |  |
| **e)** | badanie psychotechniczne |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II.** | **Dodatkowe badania zlecone przez lekarza lub na wniosek pracodawcy**: | |
| **1.** | **Badania laboratoryjne**: |  |
|  | badanie krwi-AST |  |
|  | badanie krwi-ALT |  |
|  | badanie krwi-poziom cukru |  |
|  | badanie krwi-cholesterol całkowity |  |
|  | badanie krwi-antygen PSA całkowity |  |
|  | Cholesterol HDL |  |
|  | Cholesterol LDL |  |
|  | Trójglicerydy |  |
| **2.** | **Badania diagnostyczne**: |  |
|  | **badania dodatkowe dla kobiet i mężczyzn** | |
|  | Mammografia |  |
|  | Densytometria |  |
|  | Cytologia | |
|  | USG jamy brzusznej-badanie gruczołu prostaty |  |
|  | USG jamy brzusznej |  |
| **3.** | **Konsultacje specjalistyczne**: |  |
|  | Badanie ginekologiczne + cytologia |  |
|  | Konsultacja urologiczna |  |
|  | Konsultacja stomatologiczna |  |
|  | Konsultacja neurologiczna |  |
|  | Konsultacja kardiologiczna |  |
|  | Konsultacja laryngologiczna |  |
|  | Konsultacja dermatologiczna |  |
|  | Konsultacja okulistyczna |  |
|  | Konsultacja ortopedyczna |  |
|  | Konsultacja psychologiczna |  |
|  | Konsultacja chirurgii ogólnej |  |
|  | Audiometr |  |
|  | Spirometria |  |
|  | Widzenie zmierzchowe oraz badanie reakcji na zjawisko olśnienia |  |
|  | Wizytacja Stanowiska pracy |  |
|  | Udział lekarza w komisji BHP |  |
| RAZEM cena brutto (w zł) | |  |