…………………………………..

Pieczęć oferenta

**Dane dotyczące oferenta:**

Nazwa ……………………………………………………………..

Siedziba …………………………………………………………..

Nr telefonu, fax: ………………………………………………

Nr NIP ……………………………………………………………...

Nr REGON ………………………………………………………..

Nr wpisu w KRS …………………………………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników**

**Sądu Rejonowego w Świebodzinie z lokalizacją w Świebodzinie oraz w Sulechowie.**

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z Ustawą z dnia 27 czerwca 1997 o służbie medycyny pracy (Dz.U.2019.1175) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U.2016.2067tj.).
3. Oświadczamy, że świadczenia medyczne będą wykonywane przez personel lekarski, pielęgniarski i inny posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U.2011.151.896).
4. Oświadczamy, że zobowiązujemy się udzielać usług i świadczeń medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami z należytą starannością i ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami rozpoznania chorób oraz zasadami etyki zawodowej, respektując prawa badanego.
5. Oświadczamy, że spełniamy wymogi zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r w sprawie szczególnych wymagań jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.595).
6. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
7. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w następującej lokalizacji:

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

1. Wykaz badań, który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Cena brutto jednego badania (zł)** |
| Badanie wstępne z wystawieniem orzeczenia |  |
| Badanie okresowe z wystawieniem orzeczenia |  |
| Badanie kontrolne z wystawieniem orzeczenia |  |
| Morfologia + OB. + mocz |  |
| Glukoza |  |
| Cholesterol |  |
| RTG klatki piersiowej z opisem |  |
| EKG z opisem |  |
| Badanie okulistyczne z wydaniem recepty na okulary |  |
| Badania wysokościowe do 3 m |  |
| Badania wysokościowe powyżej 3 m |  |

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

miejscowość, data podpis