|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 **Załącznik nr 2**

**Do szacowania wartości z dnia 22 października 2018 r.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Składamy ofertę na wykonanie Przedmiotu zamówienia zgodnie z formularzem szacowanie wartości.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

(nazwa firmy, dokładny adres Wykonawcy)

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego zamówienia należy kierować do:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………...

Adres: …………………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………

1. Zobowiązujemy się zrealizować Przedmiot zamówienia zgodnie z Rozdziałem 3 formularza szacowania wartości.
2. Zobowiązujemy się zrealizować Przedmiot zamówienia zgodnie z zestawieniem cenowym, stanowiącym załącznik nr 2 do zapytania ofertowego oraz aktualnym cennikiem załączonym do formularza ofertowego.
3. Akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w formularzu szacowanie wartości, jednocześnie oświadczamy, iż dokumentem księgowym wystawianym za zrealizowane zamówienie jest faktura z …….. dniowym terminem płatności (co najmniej 21 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego).
4. Oświadczamy, że jesteśmy wpisani na dzień złożenia oferty do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2015 poz. 618) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (tj. Dz. U. 2014 poz. 325) pod numerem …………………………………………
5. **Informujemy, że badania dla Państwa jednostki wykonywane będą w placówce mieszczącej się w granicach administracyjnych miasta stołecznego Warszawa, przy ul. ……………..…………………………….. (proszę podać dokładny adres wraz z kodem pocztowym), tj. w odległości ………. km od siedziby Zamawiającego (odległość obliczona wg opisu w formularzu szacowanie wartości)**
6. Zobowiązujemy się zrealizować Przedmiot zamówienia, zgodnie z poniższym zestawieniem cenowym:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa usługi medycznej | Planowana liczba badań | Koszt jednostkowa brutto |
| **Badania lekarskie** |
| 1 | Lekarz medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia | 200 |  |
| 2 | Okulista | 150 |  |
| 3 | Neurolog | 30 |  |
| 4 | Psycholog | 10 |  |
| 5 | Morfologia, OB. | 50 |  |
| 6 | Cholesterol całkowity | 30 |  |
| 7 | Glukoza | 30 |  |
| 8 | EKG z opisem | 30 |  |
| Suma 1: |  |
| **Pozostałe badania** |
| 1 | Pozostałe badania, niewymienione w poz. „badania lekarskie”, które mogą być wykonywane na potrzeby Zamawiającego. Zamawiający nie ma możliwości określenia rodzaju oraz liczby takich badań. Wykonawca zobowiązany jest wskazać wartość obliczoną jako 15% z pozycji Suma 1: | (Suma 2 = 15% \* Suma 1): |
| Suma 2: |  |
| Suma 1 + Suma 2 |  |

1. Oświadczamy, że ceny jednostkowe brutto są stałe i będą obowiązywać przez cały okres realizacji Przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczamy, że oferujemy dostępność wskazanych niżej specjalistów w następującym wymiarze godzin w tygodniu:
3. Lekarz medycyny pracy - ………. \* godzin (nie mniej niż 40h/tydzień);
4. Okulista - ……….
5. Neurolog - ……….
6. Psycholog - ……….

……………………………….……….. dnia ………………………… 2018 r.

 …………………………………………………..

 (pieczęć i podpis Wykonawcy)

W załączeniu przekazujemy:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. 2015 poz. 618) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (tj. Dz. U. 2014 poz. 325),
2. Aktualny cennik obejmujący pozostałe nie wycenione w Formularzu oferty usługi/badania.