

**FORMULARZ OFERTOWY**dotyczy **IA1/U/20/84/AL**

Pełna nazwa Wykonawcy (w przypadku prowadzenia działalności indywidualnej także imię i nazwisko):

.....  
Adres Wykonawcy (kod pocztowy, miasto, ulica) .....

Województwo.....

Tel./fax. ....

Adres e-mail .....

Adres korespondencyjny Wykonawcy (jeżeli jest inny niż powyżej).....

.....  
NIP ....., Regon .....

Urząd Skarbowy ....., KRS nr .....

Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem?

TAK\*

NIE\*

\* UWAGA! należy zaznaczyć właściwe

Bank ....., nr konta .....

1. Po zapoznaniu się z *Ogłoszeniem o zamówieniu* dotyczącym:***Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla Politechniki Śląskiej w Rybniku***

zobowiązuję się do realizacji zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia oraz wszystkimi warunkami i wymaganiami zawartymi w Ogłoszeniu o zamówieniu **za cenę wynikającą z poniższego Arkusza Kalkulacyjnego Ceny Oferty podaną w poz. „Ogółem w zł”**.

Oświadczam, że ww. całkowita cena dotyczy kompleksowej realizacji zamówienia, a składające się na nią ceny jednostkowe uwzględniają wszystkie składniki cenotwórcze, w tym wszelkie podatki, składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, itp.

*Przedmiotem zamówienia jest usługa która jest zwolniona z podatku zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy o podatku od towarów i usług (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 106, z późn. zm.). Przedmiot zamówienia jest finansowany w całości ze środków publicznych. W związku z powyższym Zamawiający wymaga, aby Wykonawca skalkulował cenę bez podatku od towarów i usług.*

**Miejsce świadczenia usług:**.....  
podać dokładny adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr porządkowy**Odległość Od<sub>1</sub>..... m**

podać odległość **Od<sub>1</sub>** (w metrach) z siedziby Zamawiającego znajdującej się w lokalizacji: 44-200 Rybnik, ul. Kościuszki 54, do przychodni medycyny pracy, w której będą świadczone usługi, ustalona w oparciu o kalkulację ze strony <https://www.google.pl/maps> (ikona „pieszo”), poprzez wybór najkrótszej podanej trasy

**Miejsce świadczenia usług (pierwszego z dwóch możliwych rodzajów badań lub specjalistycznych konsultacji lekarskich), które Wykonawca może realizować poza podstawowym miejscem świadczenia usług:**.....  
podać dokładny adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr porządkowy

**Odległość Od<sub>2</sub>..... m**

**Miejsce świadczenia usług (drugiego z dwóch możliwych rodzajów badań lub specjalistycznych konsultacji lekarskich), które Wykonawca może realizować poza podstawowym miejscem świadczenia usług:**

.....  
*podać dokładny adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr porządkowy*

**Odległość Od<sub>2</sub>..... m**

*podać odległość Od<sub>2</sub> (w metrach) z podstawowego miejsca świadczenia usług z zakresu medycyny pracy wskazanego w ofercie do miejsca świadczenia usług medycyny pracy w zakresie badań diagnostycznych lub specjalistycznych konsultacji lekarskich przeprowadzanych poza przychodnią podstawową, ustaloną w oparciu o kalkulację ze strony <https://www.google.pl/maps> (ikona „pieszo”), poprzez wybór najkrótszej podanej trasy, celem ustalenia najdalszej lokalizacji świadczenia usług, która podlega punktacji*  
*Przy ocenie Zamawiający będzie brał pod uwagę odległość najdalszą.*

2. Oświadczam, że oferowana przeze mnie usługa spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu zawarte w Ogłoszeniu o zamówieniu, tj.:
  - posiadam aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z ustawą o działalności leczniczej),
  - dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. wykwalifikowanym personelem medycznym, posiadającym stosowne uprawnienia i kwalifikacje zawodowe oraz wymagania zdrowotne określone w stosownych przepisach.
4. Oświadczam, że\*:
  - nie należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 229, 1089 i 1132),
  - należę do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 229, 1089 i 1132) i wraz z niniejszą ofertą składam listę podmiotów należących do tej grupy.

\* *UWAGA! należy zaznaczyć właściwe*

#### 5. Informacja o „Innych podmiotach”

- 1) Informacje o podmiotach, na których zdolnościach polegamy/y, zwanych także „innymi podmiotami”, a który/e to podmiot/y będą jednocześnie podwykonawcą/ami i zostały uwzględnione w pkt 6 niniejszego formularza:  
.....  
*(podać nazwę, adres)*
- 2) Oświadczam/y, że wyżej wymieniony inny podmiot lub inne podmioty spełnia/ją warunki udziału określone w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia, w zakresie, w jakim powołuję/my się na ich zasoby,
- 3) Załączam/y dowód/dowody, w szczególności zobowiązanie/a tego podmiotu/ tych podmiotów do oddania mi/nam do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia

*UWAGA! W odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, wykonawcy mogą polegać na zdolnościach innych podmiotów, jeśli podmioty te zrealizują roboty budowlane lub usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane. Co za tym idzie w przypadku powoływania się na zasoby innych podmiotów w zakresie wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, inne podmioty muszą zrealizować zamówienie w zakresie, w którym te zasoby są wymagane, tj. należy uwzględnić je także w pkt 6 niniejszego formularza.*

6. Zamówienie zamierzam realizować przy pomocy podwykonawców, którym powierzony będzie następujący zakres usług:

.....  
(proszę podać nazwę podwykonawcy oraz zakres jaki będzie realizował)

7. Załącznikiem do niniejszego Formularza Ofertowego stanowiącym jego integralną część jest: Arkusz Kalkulacyjny Ceny Oferty.
8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.<sup>2</sup>
9. Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia i wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:  
(imię, nazwisko) .....  
nr tel./fax.. .....  
adres e-mail .....

**Podpis**

.....  
(czytelny podpis lub podpis z imienną pieczętką  
– w przypadku oferty w formie pisemnej  
lub  
kwalifikowany podpis elektroniczny  
– w przypadku oferty w formie elektronicznej)

dnia, ..... r.

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych 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).

## Arkusz Kalkulacyjny Ceny Oferty

Lp.	Nazwa usługi	Przewidywana ilość usług w okresie 12 miesięcy	Cena jednostkowa za 1 usługę (w zł)	Cena razem (w zł) kol. 3 x 4
1	2	3	4	5
1.	Badanie profilaktyczne ogólnolekarskie z orzeczeniem (wstępne i okresowe)	20		
2.	Badanie profilaktyczne kontrolne (wykonywane po 30 dniach niezdolności do pracy)	5		
3.	Badanie okulistyczne	14		
4.	Badanie laryngologiczne	4		
5.	Badanie neurologiczne	4		
6.	Badanie audiometryczne	2		
7.	Morfologia	20		
8.	Mocz	20		
9.	Rozmaz	7		
10.	OB	20		
11.	Badanie spirometryczne	3		
12.	Badanie EKG (z opisem)	3		
13.	Badanie RTG płuc	3		
14.	Pobieranie krwi żyłnej	20		
15.	ALAT	5		
16.	ASPAT	5		
17.	Kreatynina	5		
18.	Bilirubina	5		
19.	Cholesterol całkowity	5		
20.	Glukoza	5		
21.	Retikulocyty	5		
22.	Płytki krwi	5		
23.	Oплата za pozostałe czynności lekarza uprawnionego w zakresie służby medycyny pracy (udział w komisji BHP, przegląd stanowisk pracy, udział w szkoleniach BHP)	1		
24.	Opinia lekarska w zakresie wydania orzeczenia lekarskiego dla nauczycieli akademickich ubiegających się o płatny urlop dla poratowania zdrowia	1		

25.	Badanie psychotechniczne osób kierujących pojazdem w ramach obowiązków służbowych	1		
26.	Badanie widzenia nocnego i zmierzchowego, badanie zjawiska olśnienia	1		
<b>OGÓŁEM CENA W ZŁ</b>				

**Podpis**

.....  
(czytelny podpis lub podpis z imienną pieczętką  
– w przypadku oferty w formie pisemnej  
lub  
kwalifikowany podpis elektroniczny  
– w przypadku oferty w formie elektronicznej)