**Znak sprawy: ZP.271.09.2023.RC**

**Załącznik Nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dot. postępowania:

|  |
| --- |
| ***Wykonanie badań okresowych, kontrolnych oraz wstępnych dla osób skierowanych przez Dom Pomocy Społecznej w (27-400) Ostrowcu Św.,  ul. Grabowiecka 7 w 2024 roku*** |

**Zamawiający**

Dom Pomocy Społecznej

ul. Grabowiecka 7

27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

adres e-mail: [biuro.dps7@home.pl](mailto:biuro.dps7@home.pl)

Godziny urzędowania: od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00 do 15:00.

1. **Nazwa Wykonawcy:**

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

1. **Adres siedziby Wykonawcy:**

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*(Ulica, nr domu/lokalu, kod, miejscowość, województwo, powiat)*

*……………………………………………………………………………………………………………*

*(NIP, REGON.KRS, PESEL)*

1. **Adres do korespondencji:**

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

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

*(Ulica, nr domu/lokalu, kod, miejscowość, województwo, powiat)*

*………………………………………………………………………………………………………………*

*(adres e-mail)*

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w cenach wskazanych w poniższej tabeli dot. cen jednostkowych za określone badanie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa*** | ***Cena jednostkowa brutto*** |
| ***Badania laboratoryjne (ogólne)*** | | |
| ***1*** | *Badanie lekarza medycyny pracy + wydanie orzeczenia PIP* |  |
| ***2*** | *Badanie lekarza medycyny pracy + wydanie orzeczenia PSSE* |  |
| ***3*** | *OB* |  |
| ***4*** | *Morfologia* |  |
| ***5*** | *Mocz – badanie ogólne* |  |
| ***Badania laboratoryjne (specjalistyczne)*** | | |
| ***6*** | *Cholesterol całkowity* |  |
| ***7*** | *Trójglicerydy* |  |
| ***8*** | *Pełny lipidogram (Chol. HDL, LDL, TG)* |  |
| ***9*** | *Pomiar glukozy we krwi* |  |
| ***10*** | *Transaminazy* |  |
| ***11*** | *Badania spirometryczne* |  |
| ***12*** | *Badania EKG* |  |
| ***13*** | *RTG klatki piersiowej* |  |
| ***14*** | *Badanie lekarskie laryngologa* |  |
| ***15*** | *Badanie lekarskie okulisty* |  |
| ***16*** | *Badanie lekarskie neurologa* |  |
| ***17*** | *Zaświadczenie do pracy na wysokości powyżej 3 m* |  |
| ***Badania na zlecenie*** | | |
| ***18*** | *Badanie psychologiczne dla kierowców kat. B* |  |
| ***19*** | *Badanie olśnienie i widzenie zmierzchowe* |  |
| ***SUMA:*** | |  |

**Informacje dodatkowe:**

1. Deklarujemy **30 dniowy termin płatności** faktury od dnia dostarczenia faktury.
2. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w treści Rozeznania oraz Wzorze Umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią rozeznania oraz pozostałymi załącznikami   
   i nie wnoszę żadnych uwag i zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że spełniam warunki określone przez zamawiającego.
5. Akceptuję wzór umowy i w razie dokonania wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach w niej zawartych, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. **Oświadczam, że nie zachodzą** w stosunku do mnie podstawy wykluczenia   
   z postępowania wskazane w art. 7 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
7. Oświadczam, że **jestem/nie jestem\*** czynnym podatnikiem VAT.
8. Informujemy, iż jesteśmy (zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią opcję):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mikroprzedsiębiorstwo |
|  | Małe przedsiębiorstwo |
|  | Średnie przedsiębiorstwo |
|  | Duże przedsiębiorstwo |
|  | Jednoosobowa działalność gospodarcza |
|  | Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |
|  | Inny rodzaj: …………………………………………………….…. (należy wskazać jaki) |

1. Nazwisko i imię osoby, z którą można się kontaktować w celu uzyskania wszelkich informacji związanych ze złożoną ofertą (jeżeli będą wymagane):

Imię i nazwisko ………………………………. tel. ……………………………………………

e-mail: ……………………………………………………………………………………………

1. Nazwisko i imię osoby, którą należy wpisać w Umowę w przypadku wyłonienia oferty jako najkorzystniejszej:

Osoba odpowiedzialna za wykonanie przedmiotu zamówienia z ramienia:

Wykonawcy będzie: ……………………………………… nr tel. ……………………………….. adres e-mail ………………………………………..

Osoba do kontaktu w związku ze składaniem zamówień i realizacją dostaw z ramienia:

Wykonawcy będzie: ……………………………………… nr tel. ……………………………….. adres e-mail ………………………………………..

1. Oświadczam, iż złożona oferta **zawiera/nie zawiera\*** tajemnicę przedsiębiorstwa   
   w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
2. Informujemy, iż dostępność odpisu z właściwego rejestru, KRS lub Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej o działalności gospodarczej w formie elektronicznej znajduje się pod następującym adresem Internetowym: ……………………………………..   
   a pobranie go nie pociąga ze strony Zamawiającego żadnych kosztów.
3. Oświadczam, iż wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 206/679 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, 1 z późn. zm.), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego   
   w niniejszym postępowaniu.

Załącznikiem do niniejszej oferty są:

1. ……………………….
2. ……………………….
3. ………………………..
4. ………………………..

Oświadczam, że informacje podane w Formularzu ofertowym są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu tych informacji.

*………………………………………*

*Podpis Wykonawcy*