**oferent/wykonawca**

*nazwa, siedziba, adres,*

*NIP, REGON, e-mail, telefon*

**O F E R T A**

**zamawiający**

**Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,**

**Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych**

 **02-222 Warszawa, Al. Jerozolimskie 181C**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe (BDG-DGK.26.2.2021) dotyczące zamówienia w przedmiocie: **świadczenie usług medycznych, obejmujących głównie badania z zakresu medycyny pracy, dotyczące pracowników zamawiającego**, składamy ofertę na realizację ww. zamówienia **za orientacyjną cenę**

**(wartość) brutto** **pln** (słownie złotych: )

1. Oferujemy należyte wykonanie zamówienia opisanego szczegółowo w ww. zapytaniu ofertowym, stosując do rozliczeń ceny jednostkowe ustalone w zestawieniu badań i konsultacji medycznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **stanowisko pracy** | **rodzaj badania/pakiet** | **cena jednostkowa (pln)** | **ilość** | **orientacyjna wartość (pln)**  |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5 = 3 x 4* |
| pracownik biurowy (niezajmujący stanowiska kierowniczego) | konsultacja okulisty |  |  |  |
| lekarz MP - orzeczenie |  |
| **Łączny koszt ww. pakietu** | za 1 os. | **ok. 250** osób |  |
| pracownik zajmujący stanowisko kierownicze | cholesterol |  |  |  |
| EKG spoczynkowe z opisem |  |
| konsultacja okulisty |  |
| lekarz MP – orzeczenie |  |
| **Łączny koszt ww. pakietu** | za 1 os. | **ok. 45** osób |  |
| kierowca prowadzący pojazd służbowy   | glukoza |  |  |  |
| konsultacja okulisty |  |
| konsultacja neurologiczna |  |
| psychotechniczne badanie – kierowcy |  |
| konsultacja laryngologa + audiometria |  |
| EKG spoczynkowe (ze wskazań) |  |
| lekarz MP – orzeczenie |  |
| **Łączny koszt ww. pakietu** | za 1 os. | **5** osób |  |
| **Udział lekarza MP w komisji BHP** | za 1 godz. | **8** godz. |  |
| **Całkowita orientacyjna wartość zamówienia brutto (pln)** |  |

Lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne może poszerzyć ich zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne oraz badania dodatkowe, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania, niż to określono we wskazówkach metodycznych, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia osoby przyjmowanej do pracy lub pracownika. W takim przypadku obowiązuje stosowany przez nas cennik, pomniejszony o **( )%** rabat\*(słownie procent: ).*\* w przypadku udzielenia rabatu proszę załączyć standardowy cennik usług, stosowany przez oferenta*

1. Zobowiązujemy się wykonywać usługi objęte zamówieniem i ofertą, w okresie od 18 stycznia 2022 r. do 17 stycznia 2023 r., w placówce medycznej zlokalizowanej na terenie m.st. Warszawy, w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-20:00, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.
2. Oświadczamy, że posiadamy zdolność techniczną i zawodową oraz dysponujemy wykwalifikowanymi osobami, które umożliwiają realizację zamówienia z należytą starannością w celu uzyskania odpowiedniego poziomu jakości usług, zgodnie z wymaganiami zamawiającego określonymi w zapytaniu ofertowym.
3. Zapoznaliśmy się z postanowieniami (wzorem) umowy, które udostępniono wraz z zapytaniem ofertowym, a w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze, w terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Uważamy się za związanych tą ofertą w terminie do 14 stycznia 2022 r.
5. Wyrażamy zgodę na zamieszczenie przez zamawiającego na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, zawartych w ofercie danych oferenta/wykonawcy oraz cen lub ceny.

*miejscowość, data podpis oferenta/wykonawcy*

***alternatywnie****, podpis elektroniczny oferenta/wykonawcy\**

*\*Dokument można sporządzić w postaci elektronicznej, tj. dokonać jego zapisania w formacie pdf (funkcja „zapisz jako” lub „drukuj”) i poświadczenia podpisem elektronicznym w formacie PAdES (ew. XAdES), dodatkowo umieszczając infografikę e-podpisu w wyznaczonym do tego miejscu*