Załącznik nr 2

do Zaproszenia do złożenia oferty na:

**„Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy   
na rzecz Sądu Rejonowego w Legionowie”**

*pieczęć Wykonawcy*

**Sąd Rejonowy w Legionowie**

**ul. Jana III Sobieskiego 47**

**05 – 120 Legionowo**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. W nawiązaniu do *Zaproszenia do składania ofert*, zwanego dalej „**Zaproszeniem**”, w postępowaniu o udzielenie zamówienia pod nazwą:

**Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz Sądu Rejonowego w Legionowie**

oświadczam(y), że oferuję(my) wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie  z innymi Wykonawcami  *Wykonawca wypełnia odpowiednio do sytuacji.*  ***W przypadku podmiotów wspólnie biorących udział w postępowaniu należy pozostawić TAK i wpisać wszystkich Wykonawców i wskazać lidera.***  *W przypadku, gdy Wykonawca sam bierze udział w postępowaniu należy pozostawić NIE i wypełnić jedną pozycję* | | | \***TAK** \***NIE**  *\* niewłaściwe skreślić* |
| *Wykonawca: nazwa i adres firmy / imię i nazwisko oraz adres przedsiębiorcy* | | Tel. | |
| Faks | |
| e-mail | |
| NIP | |
| REGON | |
| *Wykonawca: nazwa i adres firmy / imię i nazwisko oraz adres przedsiębiorcy* | | Tel. | |
| Faks | |
| e-mail | |
| NIP | |
| REGON | |
| *Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy* | Imię i nazwisko: | | |

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie rzeczowym i na warunkach określonych   
   w Zaproszeniu za łączna cenę (przyjmując wykonanie badań u lekarza medycyny pracy i specjalisty okulisty z wydaniem orzeczenia Lekarza medycyny pracy z przeprowadzonymi badaniami laboratoryjnymi zaleconych przez lekarza medycyny pracy w okresie 48 miesięcy dla 100 (stu) pracowników Zamawiającego oraz 15 kuratorów zawodowych, którzy będą posiadali możliwość skorzystania z porady psychologiczno- psychiatrycznej :
2. brutto: ………………………………………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………… zł)

w tym podatek VAT według stawki ....... %

1. netto: ………………………………………. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………..zł )

W/w cena brutto będzie podlegała ocenie w kryterium „cena” o wadze 100 %.

1. Cena wskazana w ust. 2 powyżej została wyliczona na podstawie cen jednostkowych netto zgodnie z poniższa kalkulacją:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Szacunkowa ilość badań** | **Cena netto za jedno badanie** | **Wartość netto za całość (zł) (3)x(4)** | **Stawka podatku VAT w %** | **Cena brutto za całość (zł) (5)x(6)** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Poradnia medycyny Pracy – badania wstępne/ okresowe/ kontrolne – lek. Medycyny pracy wydanie orzeczenia | 100 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 2 | Badanie okulistyczne u specjalisty | 100 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 3 | Konsultacja –porada psychologiczna | 14 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 4 | Konsultacja lekarza psychiatry | 14 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 5 | Morfologia | 100 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 6 | Glukoza | 100 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 7 | Mocz – badanie ogólne | 100 | ……,… zł | ……,… zł | ….. % | ……,… zł |
| 8 | Cholesterol(całkowity) | 100 | ……,… zł | ……,… zł | ….. % | ……,… zł |
| 9 | Trojglicerydy | 100 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 10 | RTG klatki piersiowej(gruźlica) | 100 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 11 | EKG | 100 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 12 | HCV-p/p anty HCV | 14 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 13 | HBS- p/p anty HBS | 14 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |
| 14 | HIV-HIV test przesiewowy | 14 | …...,… zł | …...,… zł | ….. % | …...,… zł |

***Uwaga: Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej.***

1. Oświadczamy, że podane w formularzu ceny jednostkowe netto nie będą podlegać zmianie w okresie związania Ofertą oraz w okresie wykonywania Umowy. Jedynie w razie drastycznego wzrostu cen usług medycznych wykonywanych w ramach umowy strony przewidują możliwość renegocjacji wynagrodzenia umownego z zachowaniem poziomu wynagrodzenia brutto. (Opis sytuacji znajduje się w Projekcie Umowy §10 załącznik nr 4)
2. Oświadczam(y), że w cenie brutto Oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia   
   i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
3. Oświadczam(y), że wybór przedmiotowej Oferty:
4. nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami   
   o podatku od towarowi usług (\*)
5. będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązek podatkowy, zgodnie z przepisami o podatku   
   od towarów i usług, w poniżej wskazanym zakresie(rodzaju) i wartości(\*):

- nazwa towaru/usługi:………………………………- wartość (bez VAT) ………………………. zł

- nazwa towaru/usługi:………………………………- wartość (bez VAT) ………………………. zł

\* ***Niepotrzebne skreślić****. Jeżeli zachodzi przypadek o którym mowa w pkt 5 lit. b) należy wskazać: nazwę (rodzaj) i wartość towaru/usług, których dostawa/świadczenie będzie prowadzić do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie VAT, tj. zgodnie z obowiązującymi przepisami to Zamawiający będzie płatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) oraz będzie zobowiązany do przekazania go na rachunek właściwego urzędu skarbowego, a nie Wykonawca. Jeżeli wybór takiej oferty, będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego , zamawiający doliczy do przedstawionej ceny oferty podatek od towarów i usług, który będzie miał obowiązek rozliczyć zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

1. Oświadczam/y, że zamówienie zrealizujemy:
2. siłami własnymi
3. przy pomocy podwykonawców w następującej części zamówienia:

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

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

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

*określić zakres zamówienia, podać nazwę i adres podwykonawcy, tel. faks/e-mail, NIP*

1. Oświadczamy, że będziemy wykonywać czynności objęte niniejszym zamówieniem w swoich punktach (placówkach) na terenie Legionowa tj. …………………………………………………………………  
   ………………………………………………………………………………………………………………………
2. Oświadczam/y, że:
3. nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie pkt III*) Zaproszenia do złożenia oferty*
4. podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie pkt III) *Zaproszenia do złożenia oferty*
5. Uważamy się za związanych Ofertą przez okres 30 dni . Bieg rozpoczyna się wraz z upływem terminu do złożenia oferty.
6. Oświadczam/y, że jestem/y w pełni zdolny do realizacji zamówienia, bez ograniczeń przedmiotowych i podmiotowych
7. Warunki płatności: 21 dni od dnia dostarczenia do Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury wraz z wykazem wykonanych badań dla poszczególnych pracowników skierowanych przez Zamawiającego, u których wykonano usługi medyczne z zakresu medycyny pracy zalecone przez Lekarza medycyny pracy. (zał. Nr 5 do Umowy)
8. Oświadczam/y że świadczone przez nas usługi są zgodne z:

* Ustawą z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy;
* Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktyki opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

1. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań z zakresu medycyny pracy.
2. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z *Zaproszeniem do składania ofert*, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczam/y, że akceptujemy wzór umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Wyrażam/y zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych/danych podmiotu który reprezentuję,   
   jako oferenta w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia w/w zadania, przy zachowaniu zasady jawności postępowania i jego wyniku.
5. Należności z tytułu faktur będą płatne przez Zamawiającego przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy   
   o numerze …………………………………………………………………………………
6. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym, w toku toczącego się postępowania o udzielenie zamówienia publicznego jest: Pan/Pani: ..........................................................................tel.: ................................faks: ................................... e-mail: ……………………………………………….
7. W przypadku wyboru naszej Oferty do nadzorowania wykonywania Umowy i bieżących kontaktów   
   z Zamawiającym upoważniony/a będzie Pan/Pani .....................................................................................,   
   tel. ……………………………….………………………… faks ............................................................................, e-mail: ………………………………………………………………………………………
8. Oświadczam/y, że jeżeli w okresie związania Ofertą nastąpią jakiekolwiek znaczące zmiany sytuacji przedstawionej w naszych dokumentach załączonych do oferty, natychmiast poinformujemy o nich Zamawiającego.
9. Wykaz dokumentów stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia   
   16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji wraz z uzasadnieniem ich zastrzeżenia (jeżeli dotyczy)\*:

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

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

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

*\* niepotrzebne skreślić (brak zaznaczeń odczytywane będzie jako nie dotyczy)*

1. Inne/dodatkowe informacje Wykonawcy (o ile dotyczy):

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

**Oświadczenie dotyczące podanych informacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZAM,**  **że wszystkie informacje,  podane w powyższych oświadczeniach, są aktualne  i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd, przy przedstawianiu informacji.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*dnia* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *miejscowość*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *podpis/y osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy* |