Dane udzielającego Zamówienia

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
ul. Armii Krajowej 2/4
05-800 Pruszków**

**OFERTA na udzielanie świadczeń
 z zakresu medycyny pracy w SPZZOZ w Pruszkowie**

1. Nazwa oferenta:

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

1. Adres Oferenta

:............................................................................................................................................

1. REGON:..............................................
2. NIP:..........................................
3. Nr Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej ………………………………... w województwie

...........................................................................................................................................

1. Nr wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu

...........................................................................................................................................

1. Tel. kontaktowy:............................................
2. e-mail:.................................................................

**Cennik usług w ramach medycyny pracy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **BADANIE\*** | **Orientacyjna ilość osób/badań\* rocznie** | **CENA jednostkowa (brutto)** |
| 1 |  nosicielstwo (3 oznaczenia z wydaniem orzeczenia sanitarno-epidemiologicznego) | 25 |  |
| 2 | Audiogram | 8 |  |
| 3 | LEKARZ MEDYCYNY PRACY – badanie i wydanie zaświadczenia o zdolności do wykonywania pracy, przywrócenie po długotrwałej chorobie | 150 |  |
| 4 | LEKARZ MEDYCYNY PRACY – orzeczenie do celów san.-epiem. | 80 |  |
| 5 | LEKARZ MEDYCYNY PRACY – wydanie zaświadczenia o zdolności do wykonywania pracy i jednoczesna wydanie orzeczenia sanitarno-epidemiologicznego (na podstawie książeczki i skierowania) | 80 |  |
| 6 | Ocena wzroku (zgodnie z zakresem na danym stanowisku) | 80 |  |
| 7 | Ocena słuchu (zgodnie z zakresem na danym stanowisku) | 8 |  |
| 8 |  Ocena neurologiczna przez lekarza medycyny pracy | 8 |  |
| 9 | Okulista – konsultacja w ramach medycyny pracy | 50 |  |
| 10 | Laryngolog – konsultacje w ramach medycyny pracy | 8 |  |
| 11 | NEUROLOG – konsultacje w ramach medycyny pracy | 8 |  |
| 12 | Psychotechnika- obsługa wózków widłowych/samochody kat.B | 8 |  |
| 13 | Psychotechnika – widzenie zmierzchowe i wrażliwość na olśnienie | 8 |  |
| 14 | Spirometria | 2 |  |
| 15 | Udział lekarza medycyny pracy w komisji BHP lub wizytacja stanowiska pracy, konsultacje w kwestii czynników szkodliwych występujących w zakładzie pracy | 4 |  |
|   | **RAZEM:** | **527 rok/ 1054-2 lata** |  |

*Podane ilości osób oraz badań są szacunkowe, niezbędne w celu wyliczenia ceny oferty.* Zamawiający przewiduje możliwość dokonywania zmian ilościowo-rzeczowych w ramach badań wyspecyfikowanych w tabeli (oznacza to możliwość zamówienia zwiększonych ilości poszczególnych badań kosztem zmniejszenia ilości lub niezamówienia innych). Zmiany te nie mogą powodować zmiany cen jednostkowych zawartym w formularzu cenowym przez cały okres obowiązywania umowy.

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że miejscem udzielania świadczeń będzie …………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać adres o ile nie pokrywa się z adresem wskazanym powyżej i godziny przyjęć)
3. Oświadczam, że zapewniam stałość cen jednostkowych na oferowane usługi przez cały okres trwania umowy.
4. Oświadczam, że zapoznałem(am) się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń i zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz projekcie umowy.
5. Oświadczam, że w cenie /stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia
6. Oświadczam, ze uważam się związanym(ą) z ofertą przez okres 30 dni,
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ma minimalną kwotę gwarantowaną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293 poz. 1728) albo zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC o której mowa powyżej na dzień podpisania umowy.
9. Oświadczam, że posiadam, zatrudniam lub współpracuje z osobami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
10. Oświadczam, że dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
11. Oświadczam, że posiadam wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert.
12. Oświadczam, że znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert.
13. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie przez Zamawiającego w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i zakresie, w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w postępowaniu.
14. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia

Załączniki:

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

 (miejsce i data) (podpis/y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Zleceniobiorcy)