*Zał. Nr 1 Wzór Formularza Ofertowego*

**Znak sprawy: AW/A-4/479//RH/2025**

## FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres:

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

Tel: ......................................................................

PESEL: ………………………………………….

REGON: ........................ NIP: ..............................

Fax i Mail \*(na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję)

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

Osoba do kontaktów: …………………………………

**ZAMAWIAJĄCY   
POLITECHNIKA LUBELSKA   
ul. Nadbystrzycka 38D  
20-618 Lublin**

**NIP: 7120104651**

**Przedmiot zamówienia:**

**„Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla Pracowników Politechniki Lubelskiej”**

**1. SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym   
 i załącznikami.

**2.** Cena za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi **………………….……… zł brutto, (słownie: ……………………………………………………………………………... PLN)**, **w tym podatek VAT** (wg. obowiązującej stawki**) ….…. %,** w kwocie **………………… zł.**

Na kwotę podaną powyżej składa się:

Cenę oferty należy wyliczyć jako sumę iloczynów przewidywanej liczby usług i stawki za dane świadczenie, zgodnie z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwa badania** | **Przewidywana liczba badań** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| 1. | Badania okresowe | 500 |  |  |  |
| 2. | Badania wstępne | 100 |  |  |  |
| 3. | Badania kontrolne | 60 |  |  |  |
| 4. | Okulista | 500 |  |  |  |
| 5. | Laryngolog | 250 |  |  |  |
| 6. | Neurolog | 80 |  |  |  |
| 7. | Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych - przy badaniu profilaktycznym | 100 |  |  |  |
| 8. | Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych | 40 |  |  |  |
| 9. | Morfologia | 400 |  |  |  |
| 10. | Analiza moczu F | 400 |  |  |  |
| 11. | Glukoza - oznaczenie w laboratorium | 100 |  |  |  |
| 12. | Cholesterol +frakcje | 50 |  |  |  |
| 13. | EKG – spoczynkowe | 150 |  |  |  |
| 14. | RTG klatki piersiowej cyfrowe | 250 |  |  |  |
| 15. | RTG palców, nadgarstka, przedramienia, stawów łokciowych | 10 |  |  |  |
| 16. | Bad. Psychotechniczne oceniające sprawność psychoruchową (kat. B,T i wózki widłowe | 5 |  |  |  |
| 17. | Bad. olśnienia i widzenia o zmierzchu | 10 |  |  |  |
| 18. | Badanie laboratoryjne kału | 10 |  |  |  |
| 19. | OB. | 10 |  |  |  |
| 20. | Spirometria | 10 |  |  |  |
| 21. | Retikulocyty | 10 |  |  |  |
| 22. | Aspat | 10 |  |  |  |
| 23. | Alat | 10 |  |  |  |
| 24. | Bilirubina | 10 |  |  |  |
| 25. | Białko | 10 |  |  |  |
| 26. | Kreatynina | 10 |  |  |  |
| 27. | Udział lekarza w Komisji BHP / 1h | 3 |  |  |  |
| 28. | Ustalenia składu apteczki pierwszej pomocy | 2 |  |  |  |
| 29. | GGTP- med. Pracy | 10 |  |  |  |
| 30. | Zaświadczenie o stanie zdrowia | 10 |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |

**2.** **Wykonawca zapewni możliwość wykonania badań profilaktycznych medycyny pracy, zgodnie   
z wymaganiami zawartymi w Umowie, w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od …….. do …….. w następujących placówkach medycznych (*minimum jedna placówka*) zlokalizowanych w Lublinie:**

* 1. **……………………………….**
  2. **……………………………….**

3. Oświadczamy, że powyższa cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia i została wyliczona zgodnie z wymaganiami, jest ona ostateczna i nie ulegnie zmianie do końca realizacji przedmiotu zamówienia.

4. Akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w przedłożonym projekcie umowy.

5. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.

6. Oświadczamy, że upoważnionym przedstawicielem (pełnomocnikiem) do reprezentowania Wykonawcy/ów w postępowaniu o udzielenie niniejszego zamówienia oraz do podpisywania oferty i innych dokumentów związanych z postępowaniem i podejmowaniem decyzji w imieniu Wykonawcy jest/są:(należy podać imię i nazwisko) ………………………………………………………..…,

7. Oświadczamy**,** że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, stanowiącej załącznik do zaproszenia do składania ofert i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej ze zło/żoną przez nas ofertą, na warunkach w niej określonych,   
w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń

woli w imieniu Wykonawcy