***Załącznik nr 1***

………………………………………………

Pieczęć firmowa

**FORMULARZ**

**na: „Wykonywanie badań lekarskich osób bezrobotnych i poszukujących pracy”.**

Pełna nazwa Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………

Adres:

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

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

Tel./nr fax:………………………………………………………….

Adres e - mail:………………………………………………………

Numer NIP:.…………………………………………………………

Numer REGON:..……………………………………………………

**OFERTA**

Nawiązując do zapytania ofertowego na badania lekarskie z zakresu medycyny pracy dla Powiatowego Urzędu Pracy w Szydłowcu oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia według poniższych cen:

**Badania podstawowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem:** |  |

**Badania dodatkowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem:** |  |

*Uwaga!*

*Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej. Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.*

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z Ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2014 r., poz. 1184).
3. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań z zakresu medycyny pracy.
4. Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej
i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Oświadczamy, że posiadamy wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy.
6. Oświadczamy, że zaoferowane ceny brutto pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
7. Oświadczamy, że badania będą przeprowadzane w …….………………………..…………………..……..…

 przy ul. …………………………………….…………………….…………, w dni robocze od poniedziałku do piątku.

1. Do oferty dołączamy ***Załącznik nr 2 „Cennik badań lekarskich dla osób uprawnionych kierowanych na szkolenia”***), który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy.

Miejsce i data: …..............................................

 …………….…………………………………………

 (pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej)