**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

***FORMULARZ OFERTOWY***

**Zamawiający:**

**Zespół Szkół Publicznych**

**w Szewnie**

**ul. M. Langiewicza 3**

**27-400 Ostrowiec Św.**

**NIP** 6612370607 **REGON** 260648484

.................................dnia ..............................

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

…………………………………………………………………

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

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

numer KRS lub ewidencji działalności gospodarczej ……………………………………………………….……………………………………..

**dane kontaktowe:**

nr telefonu ............................................ nr faksu ................................................e-mail: ………………………………….……

Niniejszym składam(my) Ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie Zapytania Ofertowego, którego przedmiotem jest: **świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich.**

1. Oferuję(my) wykonanie przedmiotu zamówienia za łącznym wynagrodzeniem w kwocie:

………………………...…….. zł brutto

/słownie: ……………..…………………………………………………………………………………………………………………/

1. Podana w ust. 1 cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia i nie ulegnie zmianie przez cały czas jego realizacji.
2. Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się z treścią Zapytania Ofertowego, posiadam(y) wszelkie informacje potrzebne dla zrealizowania przedmiotu zamówienia i zobowiązuję(my) się do rzetelnej realizacji zamówienia, zgodnie z warunkami, terminami i wymaganiami podanymi w Zapytaniu Ofertowym i złożoną ofertą.
3. Oświadczam(y), że dysponuję(jemy) personelem (lekarskim i pielęgniarskim) posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zawodowe określone *rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. nr 69, poz. 332 z późn. zm.)*
4. Oświadczam(my), że na dzień złożenia oferty jestem wpisany (jesteśmy wpisani) do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą , zgodnie z ustawą z dnia 24 marca 2025r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450 ) numer wpisu ………………………………………………………………………………………..
5. Znajduję(my) się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia,   
   w stosunku do naszej/mojej firmy nie otwarto likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.
6. Posiadam(my) niezbędną wiedzę i doświadczenie, dotychczasowe zamówienia na rzecz odbiorców zrealizowaliśmy z należytą starannością.
7. Oświadczam(my), że oferta nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.**\*** /Oświadczam(my), że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach: ………………………….………………………………………………
8. Cena podana w ust. 1 obliczona jest przy zastosowaniu podanych poniżej cen jednostkowych:

|  |  |
| --- | --- |
| **Badania podstawowe** | |
| Nazwa badania | Cena brutto jednego badania |
| Badanie ogólnolekarskie |  |
| Badanie do celów SANEPID ( wpis do książeczki zdrowia) |  |
| Badanie okulistyczne |  |
| Badanie laryngologiczne |  |
| Badanie neurologiczne |  |
| Morfologia krwi |  |
| Glukoza |  |
| Mocz-bad. ogólne |  |
| Badanie EKG |  |
| RTG klatki piersiowej PA |  |
| Cholesterol |  |
| Transaminazy ( ASPAT, ALAT) |  |
| Lipidogram ( Chol, HDL, LDL, TG ) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-------------------------------------------------------

podpis osoby /osób/ upoważnionej/ych

\* niepotrzebne skreślić