Załącznik nr 1 do ogłoszenia: nr sprawy **DP 175.01.2023**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do postępowania w formie zapytania ofertowego na**

**Świadczenie w 2024 roku usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Zarządu Dróg Miejskich**

**I. Dane dotyczące Oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Adres |  |
| NIP |  |
| nr REGON |  |
| telefon |  |
| adres e-mail |  |
| Osoba reprezentująca podmiot  imię i nazwisko  stanowisko |  |
| Osoba do kontaktu:  imię i nazwisko  e-mail, nr telefonu |  |

**II. Oferta**

**1. Dostępność usług medycznych**

**1.1. Czas oczekiwania na wizytę (od momentu rejestracji do wyznaczonego terminu wizyty)**

**🞏 3 tygodnie**

**🞏 2 tygodnie**

**🞏 1 tydzień**

**1.2. Możliwość wykonania wszystkich badań w jednym dniu**

**🞏 TAK**

**🞏 NIE**

**1 \* zaznaczyć właściwe**

**2. Ceny za usługi medyczne**

1.1. **Ceny za usługi medyczne i badania laboratoryjne**

|  |  |
| --- | --- |
| **a)** **BADANIA PODSTAWOWE- 40%** |  |
| Nazwa badania | Oferowana cena |
| Badanie lekarza medycyny pracy |  |
| okulista |  |
| morfologia |  |
| mocz |  |
| cholesterol |  |
| glukoza |  |
| psychotesty |  |
|  | **Razem** |
| **b) BADANIA DODATKOWE- 12%** |  |
| RTG klatki piersiowej |  |
| EKG spoczynkowe |  |
|  | **Razem** |

Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki realizacji zamówienia określone w zapytaniu ofertowym nr DP.175.01.2023

* Miejsce świadczenia usług medycznych: miasto Poznań - wszystkie badania w jednej lokalizacji.
* Badania muszą być przeprowadzane w godzinach pracy pracownika tj. 7.30-14.00.
* Dostępność badań lekarza medycyny pracy codziennie w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. 7.30-11:00.
* Wykonywanie dodatkowych badań zleconych przez lekarza medycyny pracy, niezbędnych do wydania orzeczenia lekarskiego, w tym w szczególności RTG, EKG.

…………………………………………

Podpis osoby uprawnionej