**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

.....

/miejscowość i data/

.....

/Nazwa i adres Wykonawcy/

**Zachodniopomorskie Centrum Edukacji**
**Morskiej i Politechnicznej**
**ul. Hoża 6**
**71-699 Szczecin**

Nawiązując do zapytania ofertowego na badania lekarskie z zakresu medycyny pracy dla ZCEMiP w Szczecinie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia wg poniższych cen:

**Specyfikacja rodzajowo-kosztowa badań profilaktycznych**

| **Nauczyciele, bibliotekarz** | **CENA brutto** |
|---|---|
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie | |
| Laryngolog | |
| Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badanie ogólne moczu) | |
| Badania oraz orzeczenie o konieczności udzielenia urlopu zdrowotnego | |
| Badania Międzynarodowego Świadectwa Marynarza | |
| RAZEM | |
| **Administracja – praca z monitorem powyżej 4 h dziennie** | |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie | |
| Lekarz okulista | |
| Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badanie ogólne moczu) | |
| RAZEM | |
| **Portier, dozorca, sprzątaczka, woźna** | |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie | |
| Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badanie ogólne moczu) | |
| RAZEM | |
| **Kierowca** | |
| Badania lekarskie (wszystkie niezbędne badania i konsultacje) | |

| | |
|---|---|
| Badania psychotechniczne | |
| RAZEM (cena stała wynikająca z obowiązujących przepisów) | |
| **Pracownicy obsługi – praca powyżej 3 m** | |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie | |
| Lekarz okulista | |
| Lekarz laryngolog | |
| Lekarz neurolog | |
| Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badanie ogólne moczu) | |
| Poziom cukru we krwi | |
| RAZEM | |
| **Pracownicy kuchni** | |
| Lekarz medycyny pracy + orzeczenie | |
| EKG spoczynkowe z opisem | |
| Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badanie ogólne moczu) | |
| RAZEM | |
| **Badania dodatkowe dla pracujących w godzinach nocnych i elektryka** | |
| EKG spoczynkowe | |
| Poziom cukru we krwi | |
| RAZEM | |
| **Pozostałe** | |
| RTG klatki piersiowej | |
| Wpis do książeczki do celów sanit.-epidem. | |
| Wydanie książeczki do celów sanit.-epidem. + wpis | |
| Wydanie orzeczenia do celów sanit.-epidem. | |
| Badanie pierwszorazowe z wydaniem książeczki do celów sanit.-epidem. **Zawiera trzykrotne badanie kału na nosicielstwo** | |

**Uwaga!**
Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty korzystniejszej. 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 i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z:
   - ustawą z dn. 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1155, z późn. zm.);
   - rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2067).
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 pozostaną niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
7. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w .....
   .....
   ul. .....

   w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od ..... do ..... .
8. Do oferty dołączamy cennik pozostałych badań nieujętych w formularzu ofertowym, który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy.

**Miejsce i data**

.....

.....
/pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej/