

Szczecin, dnia 6.02.2023 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE Nr 02/ 2023 r.

I. Zamawiający

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

II. Opis przedmiotu

Przedmiotem zamówienia jest przeprowadzenie badań lekarskich **dla 45** uczniów klas trzecich i czwartych Technikum Morskiego i Politechnicznego, biorących udział w praktyce zawodowej morskiej na statku szkoleniowym, potwierdzonych orzeczeniem lekarskim wydanym w formie świadectwa zdrowia, podpisanego przez uprawnionego lekarza, zgodnie z obowiązującymi przepisami – ustawą o pracy na morzu z 5 sierpnia 2015 r. (Dz.U.2015, poz. 1569) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2015 r. (Dz.U. 2015, poz. 2105). Międzynarodowe Morskie Świadectwo Zdrowia powinno zawierać wpis o braku przeciwwskazań do pracy na wysokości powyżej 1m oraz wpis o negatywnym wyniku na obecność narkotyków i alkoholu (lub osobne zaświadczenie).

Uczniowie, którzy zostaną skierowani na badania przez Zachodniopomorskie Centrum Edukacji Morskiej i Politechnicznej kształcą się w następujących zawodach:

- kl. 3Tn - technik nawigator morski – 16 uczniów
- kl. 4TnP – technik nawigator morski – 9 uczniów
- kl. 3Tmom - technik mechanik okrętowy – 14 uczniów
- kl. 4TmomP - technik mechanik okrętowy – 6 uczniów ,

W miesiącach grudzień 2022r. i styczeń 2023 r. uczniowie przeszli badania okresowe przeprowadzone przez WOMP w Szczecinie i mają ważne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na wysokości powyżej 3 metrów.

Ilość osób do przebadania i wystawienia morskiego świadectwa zdrowia – 45 uczniów.

Badania mają być przeprowadzane na terenie miasta Szczecin w terminie:
od 1 marca 2023r. do 31 marca 2023 r., od poniedziałku do piątku w godzinach
8.00-18.00.

Wykonawca jest zobowiązany do przeprowadzenia tylko niezbędnych (podstawowych) badań, zgodnych z obowiązującymi przepisami w stosunku do danego zawodu/stanowiska pracy, chyba że lekarz stwierdzi celowość przeprowadzenia badań rozszerzonych.

III. Termin wykonania zamówienia

Termin wykonania zamówienia: **01.03.2023 r. – 31.03.2023 r.**

IV. Sposób przygotowania oferty

Oferent powinien przygotować ofertę w języku polskim na formularzu ofertowym załączonym do niniejszego zapytania.

V. Wymagania stawiane oferentom:

Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia warunki i wykaże, że dysponuje co najmniej jedną osobą posiadającą dokument stwierdzający posiadanie przez nią uprawnień lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej, medycyny pracy medycyny transportu lub spełniający dodatkowe wymagania kwalifikacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 229 §8 Kodeksu pracy.

VI. Miejsce i termin składania ofert:

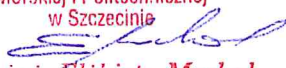
Ofertę należy złożyć w siedzibie szkoły (pok. 103) lub przesłać na adres szkoły – Zachodniopomorskie Centrum Edukacji Morskiej i Politechnicznej, ul. Hoża 6, 71-699 Szczecin **do dnia 17 lutego 2023 r. do godz. 12.00.**

VII. Zapytania o przedmiot zamówienia:

Wszelkich informacji dot. przedmiotu zamówienia udziela Pani Beata Zalewska – z-ca dyrektora ZCEMiP ds. kształcenia morskiego, tel. 726 212 308 lub 91/44 20 944.

Załącznik:

Formularz ofertowy

D Y R E K T O R
Zachodniopomorskiego Centrum Edukacji
Morskiej i Politechnicznej
w Szczecinie

inż. **Elżbieta Moskal**

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO 01/2022 r.

.....
/miejscowość i data/

.....
/Nazwa i adres Wykonawcy/

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

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe dotyczące przeprowadzenie badań lekarskich **dla 45** uczniów Technikum Morskiego i Politechnicznego, potwierdzonych orzeczeniem lekarskim wydanym w formie świadectwa zdrowia, zgodnie z wymaganiami określonymi w Zapytaniu ofertowym, składamy ofertę następującej treści:

1, Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę netto.....zł/ **za osobę**
Obowiązujący podatek VAT % zł
Cena bruttozł/ **za osobę**
Słownie:.....
.....

2. Zapewniamy postawione przez zamawiającego, w zapytaniu ofertowym warunki.
3. Oświadczamy, że oferent jest płatnikiem VAT o numerze identyfikacyjnym NIP
.....

.....
podpis osoby upoważnionej