**Załącznik Nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

……..……………….……… ……..……………….………

*(nazwa firmy) (miejscowość i data)*

……..……………….………

*(adres firmy)*

**Oświadczam, że:**

* po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zapytania nie wnosimy do niego zastrzeżeń,
* w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym,
* oświadczam, że badania będą przeprowadzone ………………………….. w Rzeszowie, przy ul. …………………..…………… w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od ……………….............. do……………...
* świadczone przez nas usługi są zgodne z:

- ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 1997 r.   
Nr 96 poz. 593 z późn. zm.)

- rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz. U. z 1996 r. Nr 69 poz. 332 z późn. zm.)

* posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań z zakresu medycyny pracy,
* posiadam 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,
* posiadam wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy,
* zaoferowane ceny pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.

……..……………….………

*(podpis Oferenta)*

**Załącznik Nr 2**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa Oferenta: ……………………………………..…………………..
2. Adres Oferenta: ……………………………………………………………

1. NIP: ……………………………………………………………….…………
2. REGON: ……………………………………………………………….……
3. Przedmiot zamówienia:usługi przeprowadzenia profilaktycznych badań lekarskich pracowników Urzędu Gminy Świlcza

**BADANIA PODSTAWOWE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** |
| 1. | Badanie przez lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań profilaktycznych + wydanie orzeczenia |  |
| 2. | Badanie okulistyczne |  |
| 3. | Badanie ogólne moczu |  |
| 4. | Badanie psychologiczne kierowców (kat. B) |  |
| 5. | Morfologia krwi, OB. i cholesterol |  |
|  | **Razem:** |  |

**BADANIA DODATKOWE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** |
| 1. | Pozostałe badanie specjalistyczne (inne zlecone według wskazań) |  |
| 2. | Badanie EKG |  |
| 3. | RTG klatki piersiowej |  |
| 4. | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych |  |
|  | **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.

…………………… ……………………………

miejscowość, dnia podpis i pieczątka Oferenta