**Zał. Nr 1 do SIWZ - modyfikacja z dnia 11.04.2017 r.**

 ...................................., dnia................2017r.

 *(pieczęć Wykonawcy)*

##### FORMULARZ OFERTOWY

NAZWA FIRMY:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON FIRMY: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

NIP FIRMY: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

ADRES FIRMY: kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, województwo, powiat:

 **\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Internet: http:// \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pl E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 numer kierunkowy: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 tel.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** faks**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Do:**

**Nazwa i siedziba pełnomocnika Zamawiającego:**

**Komenda Miejska**
**Państwowej Straży Pożarnej**
**m.st. Warszawy**

**ul. Polna 1**

**00-622 Warszawa**

W nawiązaniu do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego w trybie **przetargu nieograniczonego** na:

"Świadczenie usług medycznych dla Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej m. st. Warszawy,”

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
netto:......................................zł (słownie:.........................................................................................
.......................................................................................................................................................zł)
po doliczeniu podatku VAT.........%, w wysokości...........................................................................zł
brutto......................................zł (słownie:..........................................................................................
.......................................................................................................................................................zł)
zgodnie z warunkami umowy, SIWZ i zestawieniem cenowym wskazanym poniżej, w terminie **do 24 miesięcy** od dnia podpisania umowy.
2. Wykonaliśmy .............. **(wpisać liczbę zadań),** zadania polegające na świadczeniu usług medycyny pracy dla podmiotu zatrudniającego minimum 200 pracowników, każde zadanie.
3. Płatność za realizację faktur częściowych przedmiotu umowy w terminie .................... (wpisać minimum 7 dni, maksimum 30 dni ) dni od dnia wpływu faktury do Zamawiającego.
4. Usługi medyczne wykonywane będą w przychodni (należy podać adres/y przychodni oraz zakres usług w nich wykonywanych):

 …………………………………………………………………………………...............................................................................................................……………

 ……………………………………………………………………………………...............................................................................................................………..

 ………………………………………………………………………………..............................................................................................................………….…..

1. Badania nurków wykonywane będą w przychodni (należy podać adres/y przychodni oraz zakres usług w nich wykonywanych):

………………………………………………………………………………...........................................................................................................................……………………………………………………………………………………...........................................................................................................................…………

…………………………………………………………………………...........................................................................................................................………...…

1. Punkt poboru materiału do badań czynny będzie od poniedziałku do piątku w godzinach: …………………………………………………………………………………………………
2. Wyniki badań będą dostępne w terminie ………....… dni od wykonania badań.
3. Konsultacje lekarskie będą przeprowadzane w terminie do ……… dni od daty zgłoszenia się pracownika Zamawiającego do rejestracji Przychodni Oferenta i okazaniu zlecenia wykonania odpowiednich konsultacji.
4. Godziny (dni) wykonywania konsultacji lekarskich: ……………………………………
5. Tabele przedstawiają szacunkowe zapotrzebowanie na wykonywanie usług medycznych za okres obowiązywania. Ceny jednostkowe zawarte w tabelach będą wykorzystywane do bieżącego rozliczania wykonanych usług.

**Tabela 1: Badania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Cena jednostkowa brutto | Ilość przewidywanych badań i konsultacji | Cena razem brutto**(kolumna 2 x kolumna 3)** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Morfologia |  | 1800 |  |
| 2 | Glukoza |  | 1800 |  |
| 3 | Kreatynina |  | 1800 |  |
| 4 | Cholesterol |  | 1800 |  |
| 5 | Trójglicerydy |  | 1800 |  |
| 6 | Bilirubina |  | 1800 |  |
| 7 | ALAT |  | 1800 |  |
| 8 | Badanie ogólne moczu |  | 1800 |  |
| 9 | Neurolog |  | 800 |  |
| 10 | Okulista |  | 900 |  |
| 11 | Laryngolog |  | 1000 |  |
| 12 | Ekg spoczynkowe |  | 900 |  |
| 13 | Ekg wysiłkowe |  | 300 |  |
| 14 | Rtg klatki piersiowej |  | 600 |  |
| 15 | Spirometria |  | 600 |  |
| 16 | Pielęgniarka (opłata za godzinę pracy pielęgniarki w siedzibie zamawiającego) |  | 300 |  |
| 17 | Konsultacje lek. ds. med. Pracy (wstępne, okresowe, kontrolne) |  | 2400 |  |
| 18 | Konsultacje psychotechniczne kierowców pojazdów służbowych w tym pojazdów uprzywilejowanych w ruchu lądowym oraz stermotorzystów. |  | 300 |  |
| 19 | Konsultacje medycyny pracy kierowcy Państwowej Straży Pożarnej |  | 260 |  |
| 20 | Badanie lekarskie nurka Państwowej Straży Pożarnej |  | 40 |  |
| 21 | Wykonanie testu ciśnieniowego  |  | 5 |  |
| 22 | Oznaczenie swoistych przeciwciał klasy IgE- jad pszczoły,-jad osy,- jad szerszenia. |  | 50 |  |
| 23 | **Wartość ogólna badań brutto za okres 24 miesięcy (suma wierszy kolumny 4)** |  |

**Tabela 2. Szczepienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj szczepienia | Nazwa zaoferowanej szczepionki | Ilość dawek szczepienia cyklu podstawowego | Cena brutto zaszczepienia jednej dawki (kwalifikacja lekarska+ szczepionka) | Cena brutto pełnego cyklu podstawowego dla jednej osobykol.(4x5) | Ilość osóbdo zaszczepienia | Wartość brutto(6x7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Szczepienie przeciw tężcowi/błonicy(szczepionka adsorbowana przeciwko tężcowi i błonicy) |  | 1 |  |  | **300** |  |
| 2 | Szczepienie przeciw WZW B(szczepionka rekombinowana, zawierająca antygen powierzchniowy Hbs adsorbowany na uwodnionym wodorotlenku glinu) |  | 3 |  |  | **300** |  |
| 3 | Szczepienie przeciw durowi brzusznemu (szczepionka polisacharydowa zawierająca oczyszczony polisacharyd otoczkowy szczepu Ty2) |  | 1 |  |  | **10** |  |
| 4 | Szczepienie przeciw polio(szczepionka inaktywowana przeciwko poliomyelitis) |  | 1 |  |  | **10** |  |
| 5 | Szczepienie przeciw WZW A (szczepionka zawierająca inaktywowany wirus wzw A namnażany w hodowli komórek ludzkich , adsorbowany na uwodnionym wodorotlenku glinu). |  | 2 |  |  | **10** |  |
| 6 | Szczepienie przeciw żółtej gorączce (szczepionka zawierająca żywy atentowany wirus żółtej gorączki szczep 17 D-204, hodowany na zarodkach kurzych) |  | 1 |  |  | **10** |  |
| 7 | Szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (szczepionka zawierająca inaktywowany wirus kleszczowego zapalenia mózgu adsorbowany na uwodnionym wodorotlenku glinu) |  | 3 |  |  | **50** |  |
| 8 | Szczepienia przeciw inwazyjnej chorobie meningokokowej (szczepionka zawierająca koniugowane z białkiem CRM oligosacharydy meningokoków z grup: A, C, Y, W-135) |  | 1 |  |  | **10** |  |
| 9 | Szczepienia przeciw WZW A+B(szczepionka zawierająca inaktywowany wirus Hepatitis A oraz antygen powierzchniowy Hepatitis B adsorbowany na uwodnionym wodorotlenku glinu i fosforanie glinu)  |  | 3 |  |  | **10** |  |
| 10 | Oznaczenie poziomu przeciwciał anty-Hbs osobom szczepionym przeciwko wzw B 5 lat temu i wcześniej |  | 1 |  |  | **200** |  |
| 11 | Szczepienia przeciw wściekliźnie |  | 3 |  |  | **50** |  |
| 12 | Badanie kwalifikacyjne do szczepienia ochronnego |  |  |  |  | **550** |  |
| 13 | **Wartość ogólna szczepień brutto za okres 24 miesięcy (suma wierszy kolumny 8)** |  |

\* badania profilaktyczne funkcjonariuszy resortu spraw wewnętrznych i administracji określone zostały w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 27 października 2005 r. w sprawie zakresu, trybu i częstotliwości przeprowadzania okresowych profilaktycznych badań lekarskich oraz okresowej oceny sprawności fizycznej strażaka Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2005 r. nr 261 poz. 2191).

\*badania nurków (wstępne, okresowe i kontrolne) określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2007 roku w sprawie warunków zdrowotnych wykonywania prac podwodnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 199 poz. 1440 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy (Dz. U. z 2012 r. nr 52).

1. Wadium w kwocie ................................ zł (słownie ............................................................................................................................)
 zostało wniesione w dniu ................................ w formie ...................................................................................................................

 Wadium wniesione w pieniądzu należy zwrócić do:

 Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………........................................................................….………………..
**na konto nr** .........................................................................................................................................................................................
z zastrzeżeniem art. 46 ustawy Prawo zamówień publicznych.

1. Część zamówienia, których wykonanie będzie powierzone podwykonawcom:

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

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

*Przed przystąpieniem do wykonania zamówienia wykonawca, o ile są już znane, poda nazwy albo imiona i nazwiska oraz dane kontaktowe podwykonawców i osób do kontaktu z nimi. Wykonawca zawiadomi Zamawiającego o wszelkich zmianach danych, o których mowa powyżej, w trakcie realizacji zamówienia, a także przekaże informacje na temat nowych podwykonawców, którym w późniejszym okresie zamierza powierzyć realizację robót budowlanych.*

1. W realizacji przedmiotu zamówienia będziemy / nie będziemy\* polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych innych podmiotów *(jeżeli wykonawca sam nie spełnia warunków udziału w postępowaniu zaznacza: „będziemy”, jeżeli sam spełnia postawione warunki zaznacza „nie będziemy”).*

***\* właściwe zaznaczyć***

**(Nazwa i adres innego podmiotu na którego zasobach polega Wykonawca)**

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

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

1. Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[1]](#footnote-2)?

[ ] Tak\* [ ] Nie\*

mikroprzedsiębiorstwo\*

małe przedsiębiorstwo\*

średnie przedsiębiorstwo\*

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

*(podpis i pieczątka upełnomocnionego*

*przedstawiciela Wykonawcy)*

1. Integralną część niniejszej oferty stanowi:
2. .................................................................................................. str. od.................. do...............
3. .................................................................................................. str. od.................. do...............
4. .................................................................................................. str. od.................. do...............
5. .................................................................................................. str. od.................. do...............
6. .................................................................................................. str. od.................. do...............
7. .................................................................................................. str. od.................. do...............
8. .................................................................................................. str. od.................. do...............

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

*(podpis i pieczątka upełnomocnionego*

*przedstawiciela Wykonawcy*

1. **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**.

**Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-2)