|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 **Załącznik nr 1**

**Do zapytania ofertowego z dnia 15 listopada 2023 r.**

**Formularz ofertowy**

1. Składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

(nazwa firmy, dokładny adres Wykonawcy)

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego zamówienia należy kierować do:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………...

Adres: …………………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………

1. Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie z rozdziałem 2 zapytania ofertowego.
2. Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia zgodnie aktualnym cennikiem załączonym do formularza ofertowego.
3. Akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym, jednocześnie oświadczamy, iż dokumentem księgowym wystawianym za zrealizowane zamówienie jest faktura z co najmniej 21- dniowym terminem płatności liczonym od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że jesteśmy wpisani na dzień złożenia oferty do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru pod numerem …………………………………………
5. **Informujemy, że badania dla Państwa jednostki wykonywane będą w placówce mieszczącej się w granicach administracyjnych miasta stołecznego Warszawa, przy ul. ……………..…………………………….. (proszę podać dokładny adres wraz z kodem pocztowym), tj. w odległości ………. km od siedziby Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych, ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa (odległość obliczona wg opisu w zapytaniu ofertowym).**
6. Zobowiązujemy się zrealizować przedmiot zamówienia, zgodnie z poniższym zestawieniem cenowym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa usługi medycznej | 1Planowana liczba badań | 2Koszt jednostkowy brutto | 3Łączny koszt badań brutto(1\*2) |
| **Badania lekarskie** |  |
| 1 | Lekarz medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia | 310 |  |  |
| 2 | Okulista | 330 |  |  |
| 3 | Neurolog | 10 |  |  |
| 4 | Psycholog (badanie psychotechniczne dla kierowców) | 30 |  |  |
| 5 | Morfologia, OB | 70 |  |  |
| 6 | Cholesterol całkowity | 30 |  |  |
| 7 | Glukoza | 30 |  |  |
| 8 | EKG z opisem | 40 |  |  |
| Suma 1: |  |
| **Pozostałe badania** |
| 1 | Pozostałe badania, niewymienione w poz. „badania lekarskie”, które mogą być wykonywane na potrzeby Zamawiającego. Zamawiający nie ma możliwości określenia rodzaju oraz liczby takich badań. Wykonawca zobowiązany jest wskazać wartość obliczoną jako 15% z pozycji Suma 1: | (Suma 2 = 15% \* Suma 1): |
| Suma 2: |  |
| Suma 1 + Suma 2 |  |

1. Oświadczamy, że ceny jednostkowe brutto są stałe i będą obowiązywać przez cały okres realizacji przedmiotu zamówienia.

……………………………….……….. dnia ………………………… 2023 r.

 …………………………………………………..

 (pieczęć i podpis Wykonawcy)

W załączeniu przekazujemy:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru.
2. Aktualny cennik obejmujący pozostałe nie wycenione w formularzu oferty usługi/badania.