***Załącznik nr 1 do SWZ***

**OFERTA**

**dotyczy przetargu:**

***Usługi medyczne z zakresu medycyny pracy wykonywane na rzecz policjantów i pracowników Policji***

**1. DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCÓW:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1) Pełna nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/ów***(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać nazwy (firmy) wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum oraz wskazanie lidera konsorcjum):* | | | |
|  | | | |
| **2) Dokładny adres Wykonawcy/ów** *(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie należy podać dokładne adresy wszystkich członków spółki cywilnej lub konsorcjum):* | | | |
| Miasto: | | |  |
| Województwo: | | |  |
| Kod pocztowy: | | |  |
| Ulica i numer domu: |  | | |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Telefon: |  | | |
| **3) Rodzaj Wykonawcy:**  *należy zaznaczyć jedną opcję (w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy wybrać opcję dotyczącą lidera)* | | | |
| **€ 󠇮 mikroprzedsiębiorstwo *(****to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników, którego roczny obrót oraz/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro)*  **€ małe przedsiębiorstwo** *(to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników, którego roczny obrót oraz/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro)*  **€ 󠇮 średnie przedsiębiorstwo *(****to przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników, którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro)*  **€ jednoosobowa działalność gospodarcza**  **€ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej**  **€ inny rodzaj** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4) Dane osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie przedmiotowego postępowania:** | | |
| Imię: |  | |
| Nazwisko: |  | |
| Telefon: |  | |
| Adres e-mail: |  | |
| **5) Zgodnie z danymi określonymi w KRS/ CEIDG lub innym dokumencie rejestrowym osobą/osobami upoważnioną/ upoważnionymi do reprezentowania podmiotu jest/są** *(właściciel, członek zarządu, prokurent itp.)***:** | | |
| Imię i Nazwisko: | |  |
| Imię i Nazwisko: | |  |
| Aktualny wpis do odpowiedniego rejestru lub ewidencji (np.; KRS, CEIDG) potwierdzający że osoba działająca w **imieniu wykonawcy,** **Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie, podmiotu udostępniającego zasoby** jest umocowana do jego reprezentowania jest dostępny w formie elektronicznej, w bezpłatnej i ogólnodostępnej bazie danych.   1. Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………………   *(adres strony internetowej lub nazwa bazy danych)* | | |
| **6) Zgodnie z załączonym do oferty pełnomocnictwem osobą uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy jest** *(jeżeli dotyczy):* | | |
| Imię i Nazwisko | |  |

1. **Składam ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w specyfikacji warunków zamówienia (w tym projektowanych postanowieniach umowy) na świadczenie usług w zadaniu (*należy wpisać nr i/lub nazwę zadania/zadań): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*z następującymi cenami:**

**Tabela nr 1 - CENNIK PODSTAWOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **RODZAJ BADANIA** | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | | |
| I | BADANIA PROFILAKTYCZNE POLICJANTÓW (PP): |  | | |
| **1.** | Rodzaj, zakres i częstotliwość badań okresowych policjantów służby kryminalnej, śledczej, spraw wewnętrznych, prewencyjnej oraz Policji sądowej  Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów *(Dz. U. z 2017 r. poz. 110 ze zm.)*,   1. **w wieku do 40 roku życia/co 3 lata**   (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, okulistę, laryngologa, neurologa, kardiologa, morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina, ALAT, ASPAT, przeciwciała HIV, HCV, RTG klatki piersiowej, ekg spoczynkowe, spirometria, audiogram, wydanie orzeczenia). | | **C1=**…….. | |
| 1. **w wieku powyżej 40 roku życia/co 2 lata**   (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, okulistę, laryngologa, neurologa, kardiologa, ortopedę, morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina, ALAT, ASPAT, przeciwciała HIV, HCV, RTG klatki piersiowej, ekg spoczynkowe, spirometria, audiogram, wydanie orzeczenia). | | **C2=**…….. | |
| **2.** | Rodzaj, zakres i częstotliwość badań okresowych policjantów służby wspomagającej działalność policji w zakresie organizacyjnym, logistycznym i technicznym oraz Policjantów Wyższej Szkoły Policji, szkół policyjnych i ośrodków szkolenia Policji, a także instytutów badawczych  Załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych *policjantów (Dz. U. z 2017 r. poz. 110 ze zm.),*   1. **w wieku do 40 roku życia/co 4 lata**   (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, okulistę, morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina, RTG klatki piersiowej, ekg spoczynkowe, wydanie orzeczenia). | | | **C3=**…….. |
| 1. w wieku powyżej 40 roku życia/co 3 lata   (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, okulistę, neurolog, morfologia z rozmazem, badanie ogólne moczu, poziom glukozy, bilirubina, kreatynina, RTG klatki piersiowej, ekg spoczynkowe, spirometria wydanie orzeczenia). | | | **C4=**…….. |
| **3.** | Kontrolne policjanta (KP) | **C5=**…….. | | |
| II | BADANIA PRACOWNIKÓW (WC/OC) | **C6=**…….. | | |
| **1.** | Wstępne/okresowe pracowników:  Kodeks Pracy *(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 607)*.  (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, badanie ogólne moczu, morfologia z rozmazem + płytki, poziom glukozy, RTG klatki piersiowej (duży obrazek), okulista\*, wydanie orzeczenia). |
| \* badanie wykonywane w przypadku określenia na skierowaniu czasu pracy przed ekranem monitora ekranowego powyżej połowy dobowego czasu pracy (dotyczy badań PP, WC/OC) | | | | |
| **2.** | Kontrolne pracownika ( KC) | **C7=**…….. | | |
| III. | BADANIA KIEROWCÓW- STERMOTORZYSTÓW (BS) | **C8=**…….. | | |
| **1.** | Badanie **kierowców** na uprawnienie do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.  (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, glukoza, neurolog, okulista, laryngolog, testy psychologiczne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy, przy kat. C i powyżej dodatkowo audiogram, wydanie orzeczenia). |
| **2.** | Badanie **stermotorzysty** w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej.  (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, morfologia, mocz, glukoza, RTG klatki piersiowej (duży obrazek), EKG spoczynkowe, neurolog, okulista, laryngolog, testy psychologiczne zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy, wydanie orzeczenia-świadectwa zdrowia). | **C9=**…….. | | |
| **3.** | Badanie kontrolne | **C10=**…….. | | |
| IV | BADANIE SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNE (SE)  Badanie przez lekarza profilaktyka, wydanie orzeczenia na podstawie wyników badań na nosicielstwo. | **C11=**…….. | | |
| V | BADANIE WYSOKOŚCIOWE (BW)  (Usługa obejmuje: badanie przez lekarza profilaktyka, morfologia, mocz, glukoza, RTG klatki piersiowej (duży obrazek), EKG spoczynkowe, neurolog, okulista, laryngolog, wydanie orzeczenia). | **C12=**…….. | | |

UWAGA: **RTG klatki piersiowej (duży obrazek)** nie częściej niż co 2 lata - dotyczy badań przedstawionych w tabelach z wyjątkiem badań ust. V.

**Tabela nr 2 - SZCZEGÓŁOWY CENNIK BADAŃ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Rodzaj usługi** | | | **Cena jednostkowa brutto**  **w PLN** |
| * 1. Konsultacje lekarzy specjalistów: | | | | |
| **1.1** | profilaktyk | | **B1=** | |
| **1.2** | laryngolog | | **B2=** | |
| **1.3** | okulista | | **B3=** | |
| **1.4** | neurolog | | **B4=** | |
| **1.5** | ortopeda | | **B5=** | |
| **1.6** | psychiatra | | **B6=** | |
| **1.7** | stomatolog | | **B7=** | |
| **1.8** | psycho-testy (kierowca, stermotorzysta) | | **B8=** | |
| **1.9** | psycholog | | **B9=** | |
| **1.10** | kardiolog | | **B10=** | |
| * 1. Badania diagnostyczne: | | | | |
| **2.1** | EKG spoczynkowe | | **B11=** | |
| **2.2** | RTG klatki piersiowej | | **B12=** | |
| **2.3** | spirometria | | **B13=** | |
| **2.4** | audiogram | | **B14=** | |
| * 1. Badania laboratoryjne: | | | | |
| **3.1** | morfologia z rozmazem | | **B15=** | |
| **3.2** | płytki | | **B16=** | |
| **3.3** | retikulocyty | | **B17=** | |
| **3.4** | mocz-badanie ogólne | | **B18=** | |
| **3.5** | glukoza | | **B19=** | |
| **3.6** | cholesterol całkowity | | **B20=** | |
| **3.7** | bilirubina | | **B21=** | |
| **3.8** | ALAT | | **B22=** | |
| **3.9** | przeciwciała anty HCV | | **B23=** | |
| **3.10** | kreatynina | | **B24=** | |
| **3.11** | lipidogram | | **B25=** | |
| * 1. Inne badania: | | | | |
| **4.1** | EKG wysiłkowe | | **B26=** | |
| **4.2** | aspat | | **B27=** | |
| **4.3** | antygen HBS | | **B28=** | |
| **4.4** | HIV | | **B29=** | |
| * 1. Przegląd stanowisk pracy (cena jednostkowa za godzinę) | | | **B30=** | |  |
| * 1. Udział w Komisji BHP (cena jednostkowa za godzinę) | | | **B31=** | |
| * 1. Szczepienia ochronne obejmujące: badanie kwalifikacyjne, szczepionka, aplikacja szczepionki, wydanie odpowiednich zaświadczeń – wpis do książeczki szczepień) przeciwko: | | | | |
| **7.1** | wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (wzw B) 3 dawki | cena 1 dawki: | cena za 3 dawki  (cena 1 dawki x 3)  **B32=** | |
| **7.2** | laseczkom tężca z błonicą 3 dawki | cena 1 dawki: | cena za 3 dawki  (cena 1 dawki x 3)  **B33=** | |
| **7.3** | laseczkom tężca (TD) 3 dawki | cena 1 dawki: | cena za 3 dawki  (cena 1 dawki x 3)  **B34=** | |
| **7.4** | kleszczowemu zapaleniu mózgu (FSME- IMMUN) 3 dawki | cena 1 dawki: | cena za 3 dawki  (cena 1 dawki x3 )  **B35=**: | |
| **7.5** | grypie 1 dawka | | cena 1 dawki:  **B36=** | |

3.Łączna cena ofertowa (C) za wykonanie zamówienia w zadaniu wynosi:

|  |  |
| --- | --- |
| Zadanie | **Cena ofertowa (C)** obliczona wg wzoru określonego w rozdz. XIII ust. 3 SWZ |
| **Zadanie nr 1:** KPP w Aleksandrowie Kuj. |  |
| **Zadanie nr 2:** KPP w Chełmnie |  |
| **Zadanie nr 3:** KPP w Golubiu-Dobrzyniu |  |
| **Zadanie nr 4:** KPP w Lipnie |  |
| **Zadanie nr 5:** KPP w Mogilnie |  |
| **Zadanie nr 6:**  KPP w Nakle nad Notecią oraz funkcjonariusze i pracownicy KWP w Bydgoszczy z miejscem pełnienia służby i pracy w Nakle nad Notecią |  |
| **Zadanie nr 7:** KPP w Radziejowie |  |
| **Zadanie nr 8:** KPP w Rypinie |  |
| **Zadanie nr 9:** KPP w Sępólnie Krajeńskim |  |
| **Zadanie nr 10:**  KPP w Świeciu oraz funkcjonariusze i pracownicy KWP w Bydgoszczy z miejscem pełnienia służby i pracy w Świeciu |  |
| **Zadanie nr 11:** KPP w Tucholi |  |
| **Zadanie nr 12:** KPP w Wąbrzeźnie |  |
| **Zadanie nr 13:** KPP w Żninie |  |

4. **Adres placówki**, w której wykonywane będą usługi stanowiące przedmiot niniejszego zamówienia :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr zadania | Dokładny adres placówki (obiektu), w której wykonywane będą badania – **ADRES PODSTAWOWY**: | | Dokładny adres placówki (obiektu), w której wykonywane będą badania specjalistyczne, o których mowa w rozdz. III ust. 3 pkt. 1.4 SWZ (jeśli jest inny niż obiekt, w którym będą wykonywane pozostałe badania): | |  |
| Miejscowość | Ulica, nr lokalu | Miejscowość | Ulica, nr lokalu |
| **A** | **B** | | **C** | |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium II – Czas wykonania badań (T)**  (obejmujący łączną ilość dni roboczych, wymagających obecności policjanta/pracownika w placówce, w celu wykonania kompletnych badań, o których mowa w rozdz. III ust. 3 pkt. 1.1. – 1.5 *SWZ* oraz uzyskania stosownego zaświadczenia/orzeczenia). **Wykonawca może podać maksymalnie 5 dni roboczych** | ……………  dni roboczych  (max 5) |

5. Oświadczamy, że :

* zapoznaliśmy się z treścią SWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
* powierzymy wykonanie następującej części zamówienia podwykonawcom *(jeżeli dotyczy należy wskazać części zamówienia i firmy podwykonawców, jeśli są znane):*

|  |  |
| --- | --- |
| *Firma (nazwa) podwykonawcy* | *Część (zakres) zamówienia / Nr zadania* |
|  |  |

* w przypadku zatrudnienia podwykonawców odpowiadamy za ich pracę jak za własną;
* zaoferowane ceny dla wszystkich składników cenotwórczych podane w ofercie obejmują wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia – w szczególności koszty materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji usług, koszty dojazdu lekarza w ramach udziału w komisjach bezpieczeństwa i higieny pracy;
* otrzymaliśmy wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty;
* zapoznaliśmy się treścią rozdziału XVIII SWZ tj. klauzulą informacyjną;
* wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

1. **AKCEPTUJEMY PROJEKTOWANE POSTANOWIENIA UMOWY** *(stanowiące załącznik nr 4 do SWZ)* i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w tych postanowieniach, w terminie i miejscu wyznaczonym przez zamawiającego.

*\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

*\*\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (zaleca się usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*