

FORMULARZ OFERTOWY

Działając w imieniu i na rzecz:

pełna nazwa Wykonawcy:	
adres siedziby Wykonawcy:	
nr telefonu do kontaktu	
adres poczty elektronicznej do kontaktu	
NIP	
REGON	

w odpowiedzi na Zapytanie Ofertowe dotyczące realizacji zamówienia o nazwie:

„Przeprowadzenie badań lekarskich dla osób zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zabrze”

składam niniejszą ofertę:

- Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach określonych w Zapytaniu Ofertowym za cenę:

Lp.	Rodzaj badania	jednostkowa cena netto badania [zł]	jednostkowa cena brutto badania [zł]	szacunkowa ilość kierowanych osób	Wartość brutto badania [zł]
1	2	3	4	5	6
1	Szkolenie – spawanie <i>minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy, okulista, spirometria</i>			10	
2	Szkolenie – kwalifikacja wstępna, szkolenie okresowe kierowców <i>minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy, glukoza, audiometr, laryngolog, neurolog, okulista, badania psychotechniczne</i>			10	
3	Szkolenie – podstawowe dla osób ubiegających się o prawo jazdy kategorii C lub D oraz kwalifikacja wstępna przyspieszona <i>minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy, glukoza, audiometr, laryngolog, neurolog, okulista, badania psychotechniczne</i>			25	
4	Szkolenie – podstawowe dla osób ubiegających się o prawo jazdy kategorii C lub C+E <i>minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy, glukoza, audiometr, laryngolog, neurolog, okulista, badania psychotechniczne</i>			13	

5	Szkolenie – kierowca wózka jezdniowego / magazynier minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy, glukoza, audiometr, laryngolog, neurolog, okulista, badania psychotechniczne			10	
6	Szkolenie – operator sprzętu do robót ziemnych minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy, glukoza, audiometr, laryngolog, neurolog, okulista, badania psychotechniczne			5	
7	Szkolenie – opiekunka w żłobku lub klubie malucha minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy, badania sanitarno-epidemiologiczne (tzw. książeczka sanepidowska)			5	
8	Opinia o przydatności zawodowej do pracy i zawodu albo kierunku szkolenia minimalny zakres badań: lekarz medycyny pracy			5	
ŁĄCZNA WARTOŚĆ BRUTTO:					

2. Jednocześnie oświadczam, że:

- posiadam aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Leczniczych, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
- przyjmuję do wiadomości termin realizacji przedmiotu zamówienia określony w Zapytaniu Ofertowym;
- jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert;
- zapoznałem się z treścią Zapytania Ofertowego i nie wnoszę zastrzeżeń do jego zapisów;
- zapewnię miejsce realizacji zamówienia zgodne z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w Zapytaniu Ofertowym;
- w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania Umowy na warunkach zawartych w Zapytaniu Ofertowym oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

.....
miejscowość, data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy, a w przypadku
oferty wspólnej – pełnomocnika Wykonawców)