Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego – formularz oferty

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(pieczęć Wykonawcy)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (miejscowość, data) |

|  |
| --- |
| ***GMINA BABOSZEWO***  ***09-130 Baboszewo ul. Warszawska 9 A*** |

**FORMULARZ OFERTY**

**I. DANE WYKONAWCY**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

pełna nazwa firmy (Wykonawcy/pełnomocnika\*)

**|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_-\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_-\_|\_\_\_|\_\_\_|\_-\_|\_\_\_|\_\_\_|**

REGON NIP

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

Kod miejscowość ulica i nr lokalu województwo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

strona internetowa e-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer telefonu stacjonarnego numer faksu

Osoba do kontaktu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr tel. komórkowego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Działalność gospodarcza prowadzona na podstawie wpisu do**:**  **KRS\*\***  **CEIDG\*\***

**\*\* nie dotyczy**

**\*\*\***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

pełna nazwa firmy (kolejnego Wykonawcy wspólnie ubiegającego się o zamówienie)

**|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_-\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_-\_|\_\_\_|\_\_\_|\_-\_|\_\_\_|\_\_\_|**

REGON NIP

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

kod miejscowość ulica /nr domu/ nr lokalu województwo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

strona internetowa e-mail

\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer telefonu numer faksu

Działalność gospodarcza prowadzona na podstawie wpisu do**:**  **KRS\*\***  **CEIDG\*\***

**\*\* nie dotyczy**

Zgłaszam/y swój udział w postępowaniu o udzielenia zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego **ZP.271.2.12.2021** na **świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników i kandydatów do pracy w Urzędzie Gminy Baboszewo i jednostkach obsługiwanych przez urząd Gminy Baboszewo** i oferuję/oferujemy realizację zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia. Cena mojej/naszej oferty służy tylko i wyłącznie porównaniu złożonych ofert i nie ulegnie zmianie za jednostkę przez cały okres trwania umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **KWOTA NETTO** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **VAT**(………….%) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **KWOTA BRUTTO** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**II. KALKULACJA CENY OFERTY – szacunkowa liczba osób oraz rodzaj badań do przeprowadzenia w okresie realizacji umowy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ODBIORCA** | **Rodzaj usługi** | **Koszt jednorazowy brutto** | **Szacunkowa liczba uczestników** | **Wartość brutto w zł**  **(4x5)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | **URZĄD GMINY BABOSZEWO** | Badania wstępne |  | 30 |  |
| Badania okresowe |  | 55 |  |
| Badania kontrolne |  | 10 |  |
|  | **GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W BABOSZEWIE** | Badania wstępne |  | 9 |  |
| Badania okresowe |  | 11 |  |
| Badania kontrolne |  | 1 |  |
|  | **ZAKŁAD WODOCIĄGÓW I KANALIZACJI W BABOSZEWIE** | Badania wstępne |  | 1 |  |
| Badania okresowe |  | 6 |  |
| Badania kontrolne |  | 1 |  |
|  | **GMINNA BIBLIOTEKA PUBLICZNA** | Badania wstępne |  | - |  |
| Badania okresowe |  | 3 |  |
| Badania kontrolne |  | 3 |  |
|  | **SZKOŁA PODSTAWOWA W BABOSZEWIE** | Badania wstępne |  | 3 |  |
| Badania okresowe |  | 15 |  |
| Badania kontrolne |  | 3 |  |
|  | **SZKOŁA PODSTAWOWA W MYSTKOWIE** | Badania wstępne |  | 3 |  |
| Badania okresowe |  | 14 |  |
| Badania kontrolne |  | 1 |  |
|  | **SZKOŁA PODSTAWOWA W SARBIEWIE** | Badania wstępne |  | 2 |  |
| Badania okresowe |  | 15 |  |
| Badania kontrolne |  | 2 |  |
|  | **SZKOŁA PODSTAWOWA W POLESIU** | Badania wstępne |  | 5 |  |
| Badania okresowe |  | 15 |  |
| Badania kontrolne |  | - |  |
|  | **PRZEDSZKOLE W BABOSZEWIE** | Badania wstępne |  | 15 |  |
| Badania okresowe |  | 12 |  |
| Badania kontrolne |  | 1 |  |
|  | **KLUB „Senior+”** | Badania wstępne |  | - |  |
| Badania okresowe |  | 2 |  |
| Badania kontrolne |  | - |  |
|  | **RAZEM** | **Badania wstępne** |  | **68** |  |
| **Badania okresowe** |  | **148** |  |
| **Badania kontrolne** |  | **22** |  |
| **Wartość brutto** | | | |  | |

1. **OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA**
2. Usługę zamówienia zobowiązuję/jemy się świadczyć w okresie **od dnia 1 lipca 2021 r. do dnia 30 czerwca 2023 r.**
3. W podanej wyżej cenie uwzględnione zostały wszystkie koszty świadczenia usługi będącej przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam/my, że zapoznałam/em/liśmy się z treścią zaproszenia do złożenia oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i nie wnoszę/simy do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję/my zawarte w nim warunki. Przedmiot zamówienia zobowiązuję/emy się wykonać zgodnie z wymaganiami Zamawiającego określonymi w zapytaniu ofertowym.
5. Oświadczam/my, że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
6. Gwarantuję/emy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią oferty uwzględniającą opis przedmiotu zamówienia, zgodnie z przepisami prawa i normami obowiązującymi w tym zakresie oraz postanowieniami umowy.
7. Jestem/śmy uprawnieni do świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia, a wszelkie działania związane z realizacją usług będą wykonywane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach.
8. Oświadczam/y, że dysponuję/emy personelem (lekarskim i pielęgniarskim) posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zawodowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej na pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1320 ze zm.) w ilości i specjalności niezbędnej do pełnej realizacji przedmiotu zamówienia opisanego w zapytaniu ofertowym.
9. Oświadczam/y, że usługę będziemy świadczyć zgodnie z zachowaniem zasad bezpieczeństwa i higieny pracy podczas pandemii COVID-19, zgodnie z ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz przepisami wykonawczymi do ustawy.
10. Jesteśmy ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności.
11. Uważam/uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem).
12. Akceptuję/emy wzór umowy i w przypadku wyboru mojej/naszej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach w nim określonych, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
13. Akceptuję/emy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi w ciągu 14 dni od daty dostarczenie do siedziby Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. Zobowiązujemy się do wystawiania faktur miesięcznych za wykonaną usługę, każdorazowo po zakończeniu miesiąca na podstawie prowadzonej ewidencji wykonywanych badań.
14. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. Integralną częścią oferty są następujące dokumenty:
16. ……………………………………………………………………………………
17. ……………………………………………………………………………………
18. ……………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| ………………..………  */podpis Wykonawcy/* |

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) właściwe zaznaczyć znakiem X

\*\*\*) należy wpisać dane każdego Wykonawcy, który ubiega się o udzielenie zamówienia (w razie potrzeby rozszerzyć formularz o kolejną tabelkę)