*Załącznik nr 2*

…………………………….

*pieczęć Wykonawcy*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Województwo Świętokrzyskie ‐ Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego,**

**al. IX Wieków Kielc 3, 25‐516 Kielce, NIP: 959‐15‐06‐120**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym w trybie poniżej 30 000,00 EURO, dotyczące zapytania ofertowego na usługę:

**„świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy, badania profilaktyczne   
– wstępne, okresowe, kontrolne dla pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach w latach 2020-2021”.**

**DANE WYKONAWCY:**

*Nazwa i adres Wykonawcy*

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

tel. ............................................, e‐mail: ..…..............................................................................

NIP......................................................., REGON ......................................................................

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WYZNACZONEJ DO KONTAKTU**

…………………………………………………………………………………………………

Oferuję wykonanie całości prac będących przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym nrOK-VII.272.2.2019 za cenę obliczoną zgodnie  
z poniższym zestawieniem:

**Zestawienie cen badań profilaktycznych dla poszczególnych grup pracowników   
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach  
 - obligatoryjnie wymaganych w zapytaniu ofertowym**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa pracowników**  **/**  **Czynniki szkodliwe na stanowisku** | **Rodzaj badań**  **profilaktycznych** | **Opis przewidzianych badań zgodnie ze wskazówkami metodycznymi stanowiącymi załącznik nr 1 do rozporządzenia MZiOS z dnia 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. nr 69, poz. 332, z późn. zm.) \*\*** | **Szacunkowa ilość\*** | **Cena jednostkowa\*\*** | **Wartość\*\*** |
| 1. | **OSOBY KIERUJĄCE PRACOWNIKAMI**  **Czynniki szkodliwe na stanowisku** **kierowniczym:**  **-** praca przy monitorze ekranowym powyżej  4 godzin dziennie;  - praca w wymuszonej pozycji;  - praca związana ze stałym dużym dopływem informacji i gotowością do odpowiedzi;  - praca na stanowisku decyzyjnym i związanym  z odpowiedzialnością. | Wstępne |  | 20 |  |  |
| Okresowe |  | 100 |  |  |
| Kontrolne |  | 20 |  |  |
| 2. | **PRACOWNICY**  **ADMINISTRACYJNO-BIUROWI**  **Czynniki szkodliwe na stanowisku administracyjno-biurowym:**  **-** praca przy monitorze ekranowym powyżej  4 godzin dziennie;  - praca w wymuszonej pozycji;  - praca związana ze stałym dużym dopływem informacji i gotowością do odpowiedzi. | Wstępne |  | 100 |  |  |
| Okresowe |  | 500 |  |  |
| Kontrolne |  | 50 |  |  |
| 3. | **PRACOWNICY ZATRUDNIENI NA STANOWISKACH ROBOTNICZYCH: SPRZĄTACZKI I KONSERWATORZY**  **Czynniki szkodliwe na stanowiskach robotniczych (sprzątaczka/konserwator**  **/konserwator-elektryk):**  **-** praca z użyciem środków chemicznych czyszczących;  **-** praca z użyciem środków chemicznych;  - dorywcze dźwiganie ciężarów;  - praca na wysokości do 3 m (sprzątaczka, konserwator) lub powyżej 3 m (konserwator-elektryk) | Wstępne |  | 3 |  |  |
| Okresowe |  | 15 |  |  |
| Kontrolne |  | 6 |  |  |
| 4. | **PRACOWNICY ZATRUDNIENI NA STANOWISKU KIEROWCY**  **Czynniki szkodliwe na stanowisku kierowcy:**  **-** prowadzenie samochodu służbowego do 3,5 t  - praca w wymuszonej pozycji | Wstępne |  | 5 |  |  |
| Okresowe |  | 10 |  |  |
| Kontrolne |  | 5 |  |  |
| 5. | Dodatkowe badania – uzupełnienie badań z tytułu prowadzenia samochodu służbowego do 3,5 t wraz z badaniem ogólnolekarskim dla celów medycyny pracy |  | | 60 |  |  |
| 6. | Dodatkowe badania – uzupełnienie badań z tytułu pracy na wysokości do 3 m wraz z badaniem ogólnolekarskim dla celów medycyny pracy |  | | 15 |  |  |
| 7. | Dodatkowe badania – uzupełnienie badań z tytułu pracy na wysokości powyżej 3 m wraz z badaniem ogólnolekarskim dla celów medycyny pracy |  | | 15 |  |  |
| 8. | Dodatkowe badania – uzupełnienie badań z tytułu pracy na terenach leśnych |  | | 6 |  |  |
| 9. | Dodatkowe badania – uzupełnienie badań z tytułu pracy w archiwum |  | | 10 |  |  |
|  | **RAZEM** |  | |  |  |  |

*\*Zamawiający zastrzega, że szacunkowo określone ilości badań pracowników mogą ulec zmianie w zależności od potrzeb*

*\*\*Wypełnia oferent*

UWAGA!

1. Oświadczam, że ceny podane w ofercie uwzględniają wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia zostanie wykonany we wskazanym terminie.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego, przyjmuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

………………….. …….………………………………………

*(miejscowość, data ) (podpis i pieczęć Wykonawcy)*