Załącznik nr 2

**F O R M U L A R Z O F E R T Y**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące świadczenia usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz świadczeń związanych z koniecznymi badaniami specjalistycznymi, wydawania orzeczeń lekarskich dla strażników miejskich oraz pracowników administracyjnych Straży Miejskiej w Kielcach składam/y niniejszą ofertę:

1. Nazwa i adres wykonawcy:

Nazwa : ………………………………………………………………………………..………………………………………………..

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

Adres: ………………………………………………………………………………………..…...……………..……………………..

Telefon/fax: …………………………………………………………………………………………………………..……………….

NIP: …………………………………………………………………………………………..……………..……………………………

Osoba do kontaktu: ………………………………..…………………………………………….……………..………………..

tel. …………………….……………… e-mail ……………………………...…………………….…….

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za**:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | Nazwa usługi | Cena brutto za kompletne badanie (w zł ) | Przewidywana  ilość badań | Wartość brutto  (w zł ) |
| **1** | Badania okresowe dla pracowników cywilnych |  | 2 |  |
| **2** | Badania okresowe dla pracowników cywilnych + praca przy komputerze |  | 2 |  |
| **3** | Badania okresowe dla pracowników cywilnych+ praca przy komputerze + prowadzenie pojazdów |  | 1 |  |
| **4** | Badania okresowe dla strażników miejskich (wg KP) |  | 12 |  |
| **5** | Badania okresowe dla strażników miejskich (wg KP) + praca przy komputerze |  | 9 |  |
| **6** | Badania okresowe dla strażników miejskich (wg KP) + prowadzenie pojazdów |  | 3 |  |
| **7** | Badania okresowe dla strażników miejskich (wg KP) + prowadzenie pojazdów + praca przy komputerze |  | 3 |  |
| **8** | Badania lekarskie dla kierowców pojazdów uprzywilejowanych |  | 9 |  |
| **9** | Badania psychologiczne dla kierowców pojazdów uprzywilejowanych |  | 8 |  |
| **10** | Badania kontrolne |  | 10 |  |
| **11** | Badania wstępne dla strażników miejskich (wg KP + psychologiczne) |  | 10 |  |
| **12** | Badania psychologiczne dla strażników miejskich |  | 15 |  |
|  | **RAZEM :** | | | |

1. Adres i godziny otwarcia punktu świadczeń medycznych:

Punkt świadczeń medycznych znajduje się ……………………………………………………………………………………

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

Godziny otwarcia: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy do punktu świadczenie usług medycznych ( rejestracji):

…………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że:
2. akceptuję wszystkie warunki określone w zapytaniu ofertowym i nie wnoszę/nie wnosimy żadnych zastrzeżeń;
3. cena brutto oferty obejmuje wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia;
4. zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia Umowy na warunkach,   
   w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego;

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

miejscowość, data Podpis osób/y upoważnionych

do występowania w imieniu Wykonawcy