

.....
(nazwa miejscowości i data)**FORMULARZ OFERTOWY**

.....

.....

nazwa i adres Wykonawcy

NIP:.....REGON:.....

tel.: adres e – mail:.....

Zamawiający

Gmina Police

ul. Batorego 3

72-010 Police

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

Zakres oraz częstotliwość okresowych badań lekarskich strażaka ratownika ochotniczej straży pożarnej oraz badań lekarskich kandydata na strażaka ratownika ochotniczej straży pożarnej zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11.04.2022r. w sprawie przeprowadzenia okresowych badań lekarskich strażaka ratownika ochotniczej straży pożarnej oraz badań lekarskich kandydata na strażaka ratownika ochotniczej straży pożarnej

| Lp. | Rodzaj badania | Zakres badania | Cena brutto | Częstotliwość | |
|-----|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|----|
| 1. | lekarskie | Badanie lekarskie ze szczególną oceną: 1) układu krążenia; 2) układu oddechowego; 3) układu nerwowego; 4) układu równowagi; 5) skóry; 6) słuchu (badanie akumetryczne); 7) narządu wzroku -w badaniu ocena ostrości widzenia, ocena zdolności rozpoznawania barw, widzenia przestrzennego, ocena pola widzenia (w zależności od wskazań badanie za pomocą perymetru) | zł | do 50 r.ż. co 2-3 lata, powyżej 50 r.ż. co 1-2 lata | |
| 2. | dodatkowe | 1) elektrokardiografia; | | | zł |
| | | 2) zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej; | | | zł |
| | | 3) spirometria; | | | zł |
| | | 4) morfologia krwi z rozmazem; | | | zł |
| | | 5) oznaczenie stężenia glukozy i kreatyniny we krwi; | | | zł |
| | | 6) badanie ogólne moczu; | | | zł |
| | | 7) aminotransferaza asparaginowa; | | | zł |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|----|
| | 8) aminotransferaza alaninowa; | | zł |
| | 9) gamma-glutamylotranspeptydaza; | | zł |
| | 10) stężenie bilirubiny; | | zł |
| | 11) lipidogram | | zł |

2. Oświadczam, że badania lekarskie będą wykonywane na terenie Gminy Police w placówce:

.....

(dokładny adres wykonywania badań lekarskich)

3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami podanymi przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń

3. W przypadku udzielenie zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz do wykonania zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego.

4. Oświadczam, że wypełnione zostały obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio zostały pozyskane w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

.....

Data, podpis i pieczęć wykonawcy
lub osoby upoważnionej