

*Załącznik Nr 1 do SIWZ***FORMULARZ OFERTY**

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <p>.....<br/>pieczęć Wykonawcy/Pelnomocnika Wykonawcy</p> |
|-----------------------------------------------------------|

**Wykonawca\***

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| <b>Nazwa:</b>                                   | ..... |
| <b>Numer VAT, jeżeli dotyczy</b>                | ..... |
| <b>Adres pocztowy:</b>                          | ..... |
| <b>Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:</b> | ..... |
| <b>Telefon:</b>                                 | ..... |
| <b>Adres e-mail:</b>                            | ..... |
| <b>Faks:</b>                                    | ..... |

\*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców

**OFERTA**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu na „**Zakup usług medycznych dla pracowników Radia Wrocław S.A.**”, składamy niniejszą ofertę oświadczając, że:

- Oferujemy wykonanie całego zamówienia za maksymalną kwotę:

**wartość netto (bez podatku VAT): ..... PLN**

**cenę brutto (z podatkiem VAT): ..... PLN**

- Maksymalna wartość zamówienia liczona jest wg poniższego wzoru:

**I. PAKIET DLA PRACOWNIKA:**

Cena miesięczna pakietu dla 1 pracownika wynosi:

..... zł netto (słownie: .....)

Prognozowana maksymalna liczba pakietów w okresie obowiązywania umowy:

36 miesięcy x 100 pakietów dla pracowników = 3600 miesięcznych pakietów

Wartość dla maksymalnej liczby 3600 miesięcznych pakietów

**Wartość netto: ..... (słownie: .....)**

**Cena brutto: ..... (słownie: .....)**

**II. PAKIET DLA 1 CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA**

Cena miesięczna pakietu dla 1 członka rodziny pracownika wynosi:

..... zł netto (słownie: .....)

Prognozowana maksymalna liczba pakietów w okresie obowiązywania umowy:

36 miesięcy x 15 pakietów dla członków rodzin = 540 miesięcznych pakietów

Wartość dla maksymalnej liczby 540 miesięcznych pakietów

**Wartość netto:** ..... (słownie: .....)

**Cena brutto:** ..... (słownie: .....)

**III. PAKIET DLA 2 I WIĘCEJ CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA**

Cena miesięczna pakietu dla 2 i więcej członków rodziny pracownika wynosi:

..... zł netto (słownie: .....)

Prognozowana maksymalna liczba pakietów w okresie obowiązywania umowy:

36 miesięcy x 10 pakietów dla członków rodzin = 360 miesięcznych pakietów

Wartość dla maksymalnej liczby 360 miesięcznych pakietów

**Wartość netto:** ..... (słownie: .....)

**Cena brutto:** ..... (słownie: .....)

**IV. PAKIET DLA SENIORA – CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA**

Cena miesięczna pakietu dla seniora – członka rodziny pracownika wynosi:

..... zł netto (słownie: .....)

Prognozowana maksymalna liczba pakietów w okresie obowiązywania umowy:

36 miesięcy x 10 pakietów dla seniorów rodzin = 360 miesięcznych pakietów

Wartość dla maksymalnej liczby 360 miesięcznych pakietów

**Wartość netto:** ..... (słownie: .....)

**Cena brutto:** ..... (słownie: .....)

Liczba Pakietów, określona powyżej, jest liczbą szacunkową i została przyjęta dla celów porównania ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej. Faktyczna liczba zamawianych Pakietów medycznych zależeć będzie od bieżących potrzeb Zamawiającego. Wykonawcy nie przysługuje wobec Zamawiającego roszczenie o zakup Pakietów w liczbach, wskazanych powyżej.

**V. BADANIA Z ZAKRESU MEDYCyny PRACY**

| rodzaj badania                                        | koszt badania | prognozowana ilość w miesiącu | ilość miesięcy | suma      |
|-------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|----------------|-----------|
|                                                       | A             | B                             | C              | A x B x C |
| audiogram                                             | .....         | 1                             | 36             | .....     |
| cholesterol całkowity                                 | .....         | 1,33                          | 36             | .....     |
| EKG spoczynkowe                                       | .....         | 1,75                          | 36             | .....     |
| glukoza-pomiar glukometrem                            | .....         | 1,33                          | 36             | .....     |
| glukoza                                               | .....         | 5                             | 36             | .....     |
| konsultacja laryngologa                               | .....         | 1,58                          | 36             | .....     |
| konsultacja lekarza medycyny pracy                    | .....         | 4,33                          | 36             | .....     |
| konsultacja neurologa                                 | .....         | 1,75                          | 36             | .....     |
| konsultacja okulisty                                  | .....         | 3,75                          | 36             | .....     |
| badania na kierowcę pojazdu kat. B, C, D – med. Pracy | .....         | 1,17                          | 36             | .....     |
| badanie widzenia zmierzchu i wrażliwości na olśnienie | .....         | 0,17                          | 36             | .....     |
| praca na wysokości                                    | .....         | 0,50                          | 36             | .....     |
| <b>RAZEM NETTO</b>                                    |               |                               |                | .....     |
| <b>RAZEM BRUTTO</b>                                   |               |                               |                | .....     |

*Prognozowana wartość zamówienia w zakresie medycyny pracy liczona wg wzoru  $A \times B \times C$*

Liczba badań, określona powyżej, jest liczbą szacunkową i została przyjęta dla celów porównania ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej. Faktyczna liczba zamawianych badań zależeć będzie od bieżących potrzeb Zamawiającego. Wykonawcy nie przysługuje wobec Zamawiającego roszczenie o zakup badań w liczbach, wskazanych powyżej.

- Otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Cena wskazana w pkt 1 zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający na rzecz Wykonawcy w związku z realizacją zamówienia w przypadku wyboru naszej oferty.
- Zapoznaliśmy się z treścią SIWZ oraz wzorami umów, które są integralną częścią SIWZ i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w nim przez Zamawiającego warunkach, w miejscu i terminie przez niego wyznaczonym.
- Oferta jest dla Nas wiążąca przez okres 30 dni od daty ustalonej na złożenie oferty.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i imienna pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

