*Załącznik nr 1*

………………………………………………. ……………………………

(pieczątka wykonawcy, nazwa, adres) (miejscowość, data)

tel. fax.

**FORMULARZ OFERTY:**

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia propozycji cenowej na zadanie:

**WYKONANIE BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH**

**(wstępnych, okresowych, kontrolnych) w 2020 i 2021 roku**

(na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych)

1. Oferuję wykonanie usługi będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za kwotę w wysokości:

netto: ………………zł (słownie: …………………………………...………….)

podatek VAT …..% tj. ………… zł (słownie: ………………………………….)

brutto:. ………………zł (słownie: …………..………………………………….)

1. Wymagany termin realizacji umowy: do **31.12.2021r.**
2. Oświadczam, że zawarte w „zaproszeniu do złożenia oferty” warunki umowy akceptuję i zobowiązuję się w przypadku przyjęcia mojej propozycji do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.
3. Numer rachunku bankowego Wykonawcy, który został przez niego zgłoszony do Naczelnika Urzędu Skarbowego w trybie art. 5 ust. 2b pkt 2, ust. 3 lub ust. 4, bądź art. 5 a ust. 2 ustawy z 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników, na który dokonana będzie płatność ………………………………………………………………………………
4. Załącznikami do propozycji są: dokumenty i załączniki wymienione w ust. 5 zaproszenia

……………………………………

podpis i pieczątka wykonawcy

*Załącznik nr 2*

………………………………………………. ……………………………

(pieczątka wykonawcy, nazwa, adres) (miejscowość, data)

tel. fax.

**FORMULARZ CENOWY :**

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia propozycji cenowej na zadanie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A) Pracownicy do 40 roku życia** | **cena za**  **1 osobę** | **cena za 60 osób** |
| Laboratorium |  |  |
| Badania okulistyczne |  |  |
| Koszt badania lek. medycyny pracy |  |  |
| **RAZEM KOSZT ( A)** |  |  |
| **B) Pracownicy powyżej 40 roku życia** | **cena za**  **1 osobę** | **cena za 60 osób** |
| Laboratorium |  |  |
| EKG |  |  |
| Badania okulistyczne |  |  |
| Koszt badania lek. medycyny pracy |  |  |
| **RAZEM KOSZT ( B)** |  |  |
| **C) BADANIA KONTROLNE** | **cena za**  **1 osobę** | **cena za 20 osób** |
| Koszt badania lek. medycyny pracy |  |  |
| **D) BADANIA WSTĘPNE – URZĄD PRACY** | **cena za**  **1 osobę** | **cena za 10 osób** |
| Koszt badania lek. medycyny pracy |  |  |
| Badania okulistyczne |  |  |
| **RAZEM KOSZT (D)** |  |  |
| **E) BADANIA KONTROLNE – OKULISTYCZNE** | **cena za**  **1 osobę** | **cena za 15 osób** |
| Koszt badania lek. medycyny pracy |  |  |
| Badania okulistyczne |  |  |
| **RAZEM KOSZT ( E)** |  |  |
| **RAZEM KOSZT (A + B + C + D + E)** | ------------------ |  |

……………………………………

podpis i pieczątka wykonawcy