*Załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert*

…………….., ……………... 2023 r.

Powiat Makowski

Zespół Szkół w Różanie

ul. Warszawska 34

06-230 Różan

zespolszkolrozan1@wp.pl

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Wykonawca :**…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………...*(pełna nazwa/firma, adres lub imię i nazwisko, adres, tel., e-mail)*reprezentowany przez : (*jeśli nie dotyczy, wykreślić)*……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………..*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji, tel., e-mail)* |
|  |  |  |

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na **świadczenie usług z zakresu medycyny pracy w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej nad pracownikami Zespołu Szkół w Różanie** oferuję wykonanie zamówienia na następujących warunkach:

Zobowiązuję się wykonywać usługę od podpisania umowy do dnia 31.12.2024 r.

Termin płatności: 14 dni od daty wystawienia faktury/rachunku za wykonanie usługi.

Oświadczam, że:

 - Zapoznałem się z treścią zaproszenia i nie wnoszę do niej żadnych zastrzeżeń.

- Zamówienie zrealizuję zgodnie z zapisami.

Łączna cena za przeprowadzenie profilaktycznych badań pracowników Zespołu Szkół w Różanie wynosić będzie:

- NETTO: …………………..…… PLN (słownie: ……………..……………………………………… ….………………………………………………………......),

- podatek VAT: …………………..…… PLN (słownie: ……………………….……………………... ……………..………… …………………… …………......),

- BRUTTO: …………………..…… PLN (słownie: ………………………..…………..…………… ………………………… ….……………………………......).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Cena brutto za jedno badanie uwzględniająca wszelkie koszty Wykonawcy związane z wykonaniem tego badania (w tym konsultacje lekarzy specjalistów i badania laboratoryjne) i wydaniem orzeczenia (w PL) |
| 1. | Badanie wstępne z wydaniem orzeczenia |  |
| 2. | Badanie okresowe z wydaniem orzeczenia |  |
| 3. | Badanie kontrolne z wydaniem orzeczenia |  |
| 4. | Badanie okulistyczne  |  |
| 5. | Badanie laryngologiczne |  |
| 6. | Badanie neurologiczne |  |
| 7. | EKG |  |
| 8. | Cholesterol w surowicy krwi |  |
| 9. | T.G. w surowicy krwi |  |
| 10. | Profil lipidowy w surowicy krwi |  |
| 11. | Alat w surowicy krwi |  |
| 12. | Bilirubina w surowicy krwi |  |
| 13. | Cukier w surowicy krwi |  |
| 14. | Morfologia krwi |  |
| 15. | Morfologia krwi z rozmazem |  |
| 16. | Mocz badanie ogólne |  |
| 17. | O.B. |  |
| 18. | Audiometryczne badanie słuchu |  |
| 19. | Spirometryczne badanie płuc |  |
| 20. | RTG klatki piersiowej |  |
| 21. | RTG rąk i nadgarstków |  |
| 22. | Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych |  |
| 23.  | Badanie do celów poratowania zdrowia nauczyciela |  |

Zobowiązuję się złożyć przed zawarciem umowy wszystkie wymagane dokumenty.

**Upoważnionym przedstawicielem** do uczestnictwa w postępowaniu, do podpisywania oferty
oraz innych dokumentów związanych z postępowaniem i podejmowania decyzji w imieniu firmy jest: /imię, nazwisko /

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

Tel. ………………………………..

E-mail ……………………………..

Wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

 Podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

*Zgodnie z art. 14 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

*1) administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Szkół w Różanie, adres: ul. Warszawska 34, 06-230 Różan;*

*2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować
w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: zespolszkolrozan1@wp.pl;*

*3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe w celu związanych z oszacowaniem wartości zamówienia oraz ewentualnym zawarciem i realizacją umowy o współpracy
 na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;*

*4) administrator przetwarza jedynie Państwa dane kontaktowe;*

*5) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę
z zakresu ochrony danych osobowych);*

*6) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego
 lub organizacji międzynarodowej;*

*7) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 14 ust. 2 RODO informujemy, że:*

*1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;*

*2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania
lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;*

*3) dane osobowe zostały pozyskane z publicznie dostępnego źródła, tj. z Internetu;*

*4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.*

 (imię i nazwisko)

 Podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy