

WZÓR FORMULARZA OFERTOWEGO

Formularz ofertowy

do konkursu ofert na wykonywanie w roku 2026 zadań z zakresu służby medycyny pracy polegających na przeprowadzeniu badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub stażu uczniowskiego są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz doktorantów którzy w trakcie kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia z wyłączeniem pełnoletnich kandydatów i słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych.

I. Informacje o ofercie:

Pełna nazwa Oferenta

Adres siedziby Oferenta

NIP REGON.....

Numer telefonu

Adres e-mail

Nazwisko i imię osoby/osób oraz funkcja w organie reprezentującym podmiot

Nazwa banku i numer konta Oferenta

a) Nazwa zakładu leczniczego

.....
.....
.....

b) Adres wykonywania świadczeń

.....
.....
.....

c) Powiat

.....

Numer i data wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu (w odniesieniu do podmiotów wykonujących działalność leczniczą należy podać wpisy do Rejestru Wojewody i Rejestru Sądowego, dla praktyk lekarskich – wpisy w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej i Ewidencji działalności gospodarczej CEIDG)

.....
.....
.....

II. Oferta cenowa

Wydanie orzeczenia opierać się będzie na :

- 1) ocenie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia określonych w skierowaniu wydanym przez kierującą do badań placówkę dydaktyczną; wskazane jest uzupełnienie informacji podanych przez placówkę dydaktyczną o własne spostrzeżenia z przeprowadzonych wizytacji miejsc odbywania praktycznej nauki zawodu;
- 2) Ustawie z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz.U. z 2022r. poz. 437);
- 3) Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2025r. poz. 450);
- 4) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikowanych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz.U. z 2019r., poz. 1651).
- 5) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 607);
- 6) Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 1509);
- 7) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosownych dokumentów (Dz. U. z 2010r. Nr 149. poz. 1002 z póź. zm.).

Proponowana cena jednostkowa wydania orzeczenia brutto wynosi.....zł *

(słownie złotych.....).

W przypadku, gdy zgłaszający się na badania kandydat do szkoły ponadpodstawowej lub wyższej, na kwalifikacyjne kursy zawodowe lub studia doktoranckie, posiada skierowania z więcej niż jednej placówki dydaktycznej ale nie więcej niż trzech, a w ich obrębie dowolną liczbę oddziałów (zawodów) cena każdego kolejnego orzeczenia wynosi 50% ceny jednostkowej brutto tj.....zł (słownie złotych.....).

Oferowana ilość badań do wykonania wynosi

UWAGA

* Przez cenę jednostkową badania należy rozumieć całkowitą należność za wykonanie badania jednego pacjenta w zakresie wynikającym z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (tj. Dz. U.z 2023r. poz. 607)

III. Oświadczenie oferenta zawierające wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania świadczeń z zakresu medycyny pracy wraz z ich kwalifikacjami zawodowymi, którzy będą realizować umowę.

UWAGA

Dane z poniższego oświadczenia będą weryfikowane z „Rejestrem podstawowych jednostek służb medycyny pracy” prowadzonym przez Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy.

Zgłoszenia lekarzy uprawnionych w poszczególnych podstawowych jednostkach służb medycyny pracy winny być aktualne –stan na dzień złożenia oferty.

Wykaz lekarzy uprawnionych do wykonywania zadań służby medycyny pracy zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. z 2022r. poz. 437) :

Imię i nazwisko	Kwalifikacje /Wzór pieczęci profilaktycznej
1.
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....
8.....

IV. Wykaz oraz harmonogram pracy poradni i pracowni z listą używanego w nich sprzętu medycznego będącego w dyspozycji Świadczeniodawcy przeznaczonego do wykorzystania przy wykonaniu zadania

Lp.	Pracownia / Poradnia	Status* pracowni, poradni (własna/umowa)	Godziny pracy/dni tygodnia
1	Rejestracja		
2	Gabinet Medycyny Pracy lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych		
3	Poradnia Okulistyczna		
4	Poradnia Neurologiczna		
5	Poradnia Laryngologiczna		
6	Pracownia Audiometryczna		

7	Pracownia EKG		
8	Laboratorium Analityczne		
9	Pracownia RTG		

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć
upoważnionego przedstawiciela Oferenta

*- należy wpisać informacje czy wskazana poradnia, pracownia, gabinet, laboratorium, itp. funkcjonują w strukturze Oferenta czy świadczenia realizowane w ww. poradniach, itp. wykonywane są na podstawie umowy.

V. Oświadczenia oferenta

1. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, regulaminem konkursu, projektem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty,
3. Oświadczamy, że jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
4. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia oraz dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem a także potencjałem ludzkim zdolnym do wykonania zamówienia.
5. Oświadczamy, że lekarze uprawnieni do wykonywania świadczeń z zakresu medycyny pracy, którzy będą realizować umowę, złożyli zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – rejestr sprawców przestępstw na tle seksualnym.
6. Oświadczamy, że pracownie i poradnie są wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji zamówienia,
7. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia jest zgodny z rodzajem prowadzonej działalności leczniczej lub zakresem świadczeń, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
8. Uważamy się związani niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

.....
data

.....
podpis i pieczęć oferenta

Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, 50-525 Wrocław, ul. Joannitów 10-12, tel. (71) 344-93-02, faks (71) 344-93-03

Do oferty załączam:

Zał. Nr 1 – kopię polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,

Zał. Nr 2 – informację o zakresie umów lub promes umów z podwykonawcami.

Załączniki do oferty muszą być odpowiednio ponumerowane, każdy z nich powinien być potwierdzony za zgodność z oryginałem na każdej stronie podpisem i pieczęcią osoby/osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu oraz opatrzony pieczęcią nagłówkową oferenta.

.....
data

.....
podpis i pieczęć oferenta

000294846
**DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI
OŚRODEK MEDYCyny PRACY**
50-525 Wrocław, ul. Joannitów 10-12
tel. 71 344 93 00, 71 344 93 04
NIP 897-15-88-388

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

dr n. med. Bogusław Beck

RADCA PRAWNY

