

*Załącznik nr 1 do*

*Zapytania ofertowego*

*OA-263-2/MG/2017*

….……………………

(*miejscowość, data*)

 ……………………..

 (*Nazwa Wykonawcy*)

OA-263- 2/MG/2017

**FORMULARZ OFERTY**

**PONIŻEJ 30 000 EURO**

**usługa medyczna polegająca na wykonaniu badań lekarskich stwierdzających zdolność skierowanych osób bezrobotnych**

**do uczestnictwa w szkoleniach organizowanych przez**

**Powiatowy Urząd Pracy w Żurominie**

1. **Nazwa i adres Zamawiającego:**

Powiatowy Urząd Pracy w Żurominie

ul. Lidzbarska 27A

09-300 Żuromin

NIP: 511-00-01-150

**2.** **Nazwa przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na wykonaniu badań lekarskich osób bezrobotnych kierowanych na szkolenia organizowane przez Powiatowy Urząd Pracy
w Żurominie oraz wydanie stosownych zaświadczeń lekarskich potwierdzających zdolność
do udziału w wskazanym szkoleniu bądź przeciwwskazania do udziału w szkoleniu.

**3. Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiot zamówienia realizowany będzie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia
i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r., w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (tekst jednolity: Dz. U.
z 2016 r., poz. 2067) oraz ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r., poz. 645 ze zmianami),
w szczególności dotyczy badań lekarskich o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy
na określonym stanowisku, w związku ze skierowaniem bezrobotnych na szkolenia w zakresie:

1. **Operator koparko - ładowarki dla 10 osób bezrobotnych oraz**
2. **Spawanie metodą MAG dla 10 osób bezrobotnych.**

Badanie lekarskie kandydatów na szkolenia finansowane są w ramach projektu „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie żuromińskim (II)”, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER), Osi priorytetowej I Osoby młode na rynku pracy, Działania 1.1 Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy – projekty pozakonkursowe, Poddziałania 1.1.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Bieżąca realizacja usług medycznych będzie wykonywana w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z zapewnieniem w szczególności dyżuru lekarza uprawnionego do wykonywania badań oraz zastępstwa w razie czasowej nieobecności lekarzy specjalistów. Badania wykonywane są w dniu zgłoszenia się skierowanego bezrobotnego, po telefonicznym uzgodnieniu z pracownikiem Powiatowego Urzędu Pracy w Żurominie i ustaleniu terminu
oraz godziny badań.

Termin wykonania badań lekarskich i wydania odpowiedniego zaświadczenia lekarskiego
o zdolności bądź przeciwwskazaniu do uczestnictwa w szkoleniu nie może przekroczyć
2 dni roboczych od daty zgłoszenia się osoby bezrobotnej skierowanej przez Zamawiającego.

Badania będą przeprowadzane na podstawie skierowania wystawionego przez Zamawiającego. Badania lekarskie kończą się wydaniem orzeczenia lekarskiego w formie zaświadczenia stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku.

Zamawiający wymaga, aby wykonanie przedmiotu zamówienia nastąpiło na warunkach
i zasadach określonych w niniejszym punkcie.

Wykonawca powinien być zarejestrowany w rejestrze prowadzonym zgodnie z ustawą z dnia
15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 61638
ze zmianami).

**Miejsce realizacji usługi**: Zamawiający wymaga, aby badania lekarskie zostały przeprowadzone na terenie powiatu żuromińskiego lub w miejscu oddalonym nie więcej
niż 40 km od miasta Żuromin.

**Termin realizacji:** planowany termin realizacji do 26.05.2017 r.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany terminu realizacji, po wcześniejszym uzgodnieniu z Wykonawcą.

**Płatności:** przelew na konto Wykonawcy po wykonaniu badań wszystkich skierowanych osób bezrobotnych na dany kierunek szkolenia lub po ustaleniu z Zamawiającym.

**4. Dane Wykonawcy:**

 1) nazwa: ..........................................................................................................................

 2) adres: ............................................................................................................................

 3) e –mail: .........................................................................................................................

 4) telefon: .........................................................................................................................

 5) NIP: ..............................................................................................................................

 6) REGON: .......................................................................................................................

 7) nr rachunku bankowego: .............................................................................................

 8) osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, numer tel.): …………………………………………………………………………………………...

**5. Oferta cenowa:**

Przy określeniu kosztu realizacji zamówienia uwzględniono postanowienia i wymagania szczegółowo podane w pkt. 3.

**Miejsce badań lekarskich (wypełnia Wykonawca): ………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkolenia** | **Cena kompleksowych badań brutto****w zł za osobę** | **Liczba osób** | **Wartość badań****(kol. 3x4)** |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* |
| 1. | **Operator koparko –ładowarki kl. III** |  | **10** |  |
| 2. | **Spawanie metodą MAG** |  | **10** |  |
| **ŁĄCZNY KOSZT USŁUGI** |  |

Koszt wykonania usługi słownie: ………………………………………………………

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

Powiatowy Urząd Pracy zastrzega sobie możliwość zmniejszania albo zwiększania liczby osób kierowanych na badania lekarskie. Osoby uprawnione do skierowania na badania będą kierowane na bieżąco – według potrzeb i posiadanych środków.

**6.** Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

........................................, dnia............................

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

*(podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Wykonawcy)*