

Zmieniony Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTY

Nazwa i adres Wykonawcy:

.....

NIP

e-mail:

fax:

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym:

imię, nazwisko:

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług medycznych, oświadczam, że¹:

1. Zapoznałem się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz Istotnymi Postanowieniami Umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie i na warunkach ustalonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 60 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
- 3.1. **Część nr I¹:** Świadczenie usług medycznych na rzecz pracowników Zamawiającego, zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych w Warszawie, Białymstoku, Lublinie, Łodzi, Rzeszowie, Krakowie, Kielcach, Częstochowie, Opolu oraz podległych placówkach terenowych

3.1.1 Zobowiązuję się do wykonania zamówienia na następujących warunkach:

3.1.1.1 **Wynagrodzenie brutto za pakiety pracownicze**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5]
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników	1 041	24		
2	Świadczenie usług medycznych z zakresu	1 041	24		

	dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej w zakres medycyny pracy dla pracowników				
RAZEM WYNAGRODZENIE BRUTTO DLA PRACOWNIKÓW: [suma wierszy 1 i 2 w kolumnie 6]*					

*wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert

3.1.1.2 Wynagrodzenie brutto za pakiety partnerskie

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5]*
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej w zakres medycyny pracy – pakiet partnerski	208	24		

*wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert

3.1.1.3 Wynagrodzenie brutto za pakiety rodzinne

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5]*
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej w zakres medycyny pracy – pakiet rodzinny	104	24		

*wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert

3.1.1.4 Wynagrodzenie brutto za pakiety seniorskie

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5]*
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej	31	24		

h

w zakres medycyny pracy – pakiet seniorski				
---	--	--	--	--

*wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert

3.1.1.5 Oferuję osobom uprawnionym korzystanie z opieki szpitalnej (placówka medyczna w Warszawie) ze zniżką % w stosunku do cennika obowiązującego u Wykonawcy.

3.1.1.6 Oferuję osobom uprawnionym korzystanie z dodatkowych usług medycznych niewymienionych w załączniku nr 2 do IPU, oferowane dla Zamawiającego w placówkach własnych Wykonawcy ze zniżką % w stosunku do cennika obowiązującego u Wykonawcy.

3.2. Część nr II¹: Świadczenie usług medycznych na rzecz pracowników Zamawiającego, zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych we Wrocławiu, Bydgoszczy, Poznaniu, Gorzowie Wlkp., Koszalinie, Szczecinie, Pruszczu Gdańskim, Olsztynie oraz podległych placówkach terenowych:

3.2.1 Zobowiązuję się do wykonania zamówienia na następujących warunkach:

3.2.1.1 Wynagrodzenie brutto za pakiety pracownicze

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5]
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla pracowników	979	24		
2	Świadczenie usług medycznych z zakresu dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej w zakres medycyny pracy dla pracowników	979	24		
RAZEM WYNAGRODZENIE BRUTTO: [suma wierszy 1 i 2 w kolumnie 6] *					

*wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert **3.2.1.2 Wynagrodzenie brutto za pakiety partnerskie**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5] *
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu	198	24		

	dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej w zakres medycyny pracy – pakiet partnerski				
--	---	--	--	--	--

* wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert **3.2.1.3 Wynagrodzenie brutto za pakiety rodzinne**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5]*
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej w zakres medycyny pracy – pakiet rodzinny	98	24		

* wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert

3.2.1.4 Wynagrodzenie brutto za pakiety seniorski

Lp.	Przedmiot zamówienia	Liczba osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych	Liczba miesięcy obowiązywania umowy	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe brutto za 1 osobę uprawnioną do korzystania z usług medycznych [zł]	Wynagrodzenie brutto [zł] [kol. 3 x kol. 4 x kol. 5]*
1	2	3	4	5	6
1	Świadczenie usług medycznych z zakresu dodatkowej opieki medycznej, nie wchodzącej w zakres medycyny pracy – pakiet seniorski	29	24		

* wynagrodzenie zostanie uwzględnione do porównania i oceny ofert

3.1.1.5 Oferuję osobom uprawnionym korzystanie z dodatkowych usług medycznych niewymienionych w załączniku nr 2 do IPU, oferowane dla Zamawiającego w placówkach własnych Wykonawcy ze zniżką % w stosunku do cennika obowiązującego u Wykonawcy.

4. **Dotyczy części I¹:** Przedmiot zamówienia zamierzam zrealizować bez udziału* / z udziałem* podwykonawcy(-ów). Część zamówienia, której wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcy obejmuje:

.....
(wypełnić jeżeli dotyczy)

5. **Dotyczy części II¹:** Przedmiot zamówienia zamierzam zrealizować bez udziału* / z udziałem* podwykonawcy(-ów). Część zamówienia, której wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcy obejmuje:

.....
(wypełnić jeżeli dotyczy)

6. **Dotyczy części I¹:** Podwykonawcą(-ami), na których zasoby powołuje się Wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 ustawy, jest:

.....
.....
(nazwa i adres podwykonawcy/ów – wypełnić jeżeli dotyczy)

7. **Dotyczy części II¹:** Podwykonawcą(-ami), na których zasoby powołuje się Wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ust. 1 ustawy, jest:

.....
.....
(nazwa i adres podwykonawcy/ów – wypełnić jeżeli dotyczy)

¹ Należy wypełnić dla części zamówienia, na którą(-e) Wykonawca składa ofertę.

*niepotrzebne skreślić

.....
.....
Kwalifikowany podpis elektroniczny

