

„Formularz Oferty”

A. Dane dotyczące wykonawcy:

1. Nazwa i adres:

.....

2. Telefon, faks, email, godziny pracy:

.....

3. W sprawie oferty kontaktować się z:

.....

4. Osoby upoważnione do składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w imieniu wykonawcy zgodnie z aktualnym wpisem do właściwego rejestru, o ile obowiązujące przepisy nakładają obowiązek jego posiadania, lub udzielonym pełnomocnictwem :

.....

5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

6. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP):.....

7. REGON:.....

B. Dane dotyczące oferty:

1. Przedmiot zamówienia i cena:

Numer pakietu	Zakres badań i rodzaj zaświadczeń (pakiet badań)	Cena jednostkowa brutto	Szacunkowa liczba osób skierowanych	Łączna wartość (cena jednostkowa brutto x liczba osób)
		A(n)	B (n)	C(n)
1.	Badanie ogólne bez badań diagnostycznych i wydanie zaświadczenia lekarskiego o braku/istnieniu przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku		8	
2.	Badanie ogólne z badaniami diagnostycznymi (np. morfologia krwi, RTG klatki piersiowej-duży obrazek, analiza moczu i/lub inne zlecone przez lekarza) i wydanie zaświadczenia lekarskiego o braku/istnieniu przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku		6	
3.	Badanie ogólne bez badań diagnostycznych z dodatkowym badaniem u jednego specjalisty i wydanie zaświadczenia lekarskiego o braku/istnieniu przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku		1	
4.	Badanie ogólne z badaniami diagnostycznymi			

Numer pakietu	Zakres badań i rodzaj zaświadczeń (pakiet badań)	Cena jednostkowa brutto	Szacunkowa liczba osób skierowanych	Łączna wartość (cena jednostkowa brutto x liczba osób)
	(np. morfologia krwi, RTG klatki piersiowej-duży obrazek, analiza moczu i/lub inne zlecone przez lekarza) z dodatkowym badaniem u jednego specjalisty i wydanie zaświadczenia lekarskiego o braku/istnieniu przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku		26	
5.	Badania kierowców kategorii „B” – przeprowadzenie stosownych badań i wydanie zaświadczenia lekarskiego oraz innych dokumentów stwierdzających brak/istnienie przeciwwskazań zdrowotnych i psychologicznych do wykonywania pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami		1	
			SUMA (C)	

2. Miejsce wykonania badań (dokładny adres i nazwa placówki)

.....
.....

3. Godziny wykonywania usług medycznych

.....

4. Oświadczam, że zdobyłem informacje konieczne do przygotowania oferty.

5. Oświadczamy, że *całość zamówienia wykonamy własnymi siłami
(jeżeli nie, poniżej Wykonawca musi wskazać części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcom)

powierzmy podwykonawcom wykonanie części zamówienia w zakresie

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

Data

.....

Podpis(-y) osoby (osób) wykazanej(-ych) w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej(-ych) pełnomocnictwo(-a).
(Zalecany czytelny podpis(-y) lub podpis(-y) i pieczętka(-i) z imieniem i nazwiskiem)

DYREKTOR
Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie

mgr Grażyna Gwiazda

radca prawny
Anna Truchalska
Eb-1105