OR.271.1.2019 14.02.2019 r.

Zapytanie ofertowe na **„Wykonywanie badań lekarskich z zakresu medycyny pracy, dla pracowników Urzędu Miejskiego w Iłowej”**

**1. Zamawiający**

Gmina Iłowa

ul. Żeromskiego 27

68-120 Iłowa

**2. Przedmiot zamówienia:**

**1.** Przedmiotem zamówienia jest sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i kandydatami do pracy w **Urzędzie Miejskim w Iłowej**, wynikającej   
z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r.   
w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy.

2. Zakres świadczeń medycznych obejmuje w szczególności:

* badanie wstępne, okresowe i kontrolne,
* ocenę możliwości wykonywania pracy uwzgledniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,
* wydawanie orzeczeń lekarskich zgodnie z treścią rozporządzenia.

3. Badanie osób nastąpi na podstawie skierowania wystawionego przez Zamawiającego.

4. W postepowaniu mogą brać udział placówki medyczne, które posiadają zezwolenia na wykonywanie działalności z zakresu medycyny pracy na terytorium RP.

**3. Termin realizacji**

Usługa ma być realizowana w terminie od 1 marca 2019r. do 31 grudnia 2020 r.

**4. Termin składania ofert:**

Oferty należy składać do 25 lutego 2019 r. według wzoru stanowiącego załącznik numer 1 do niniejszego ogłoszenia.

Ofertę należy złożyć osobiście u Zamawiającego, wysłać pocztą, pocztą elektroniczną na adres [ilowa@ilowa.pl](mailto:ilowa@ilowa.pl) lub faksem na nr 68 3681401.

**5.** **Kryteria oceny oferty.**

**Cena – 100 %**

Za najkorzystniejsza zostanie uznana oferta, która uzyska największą liczbę punktów.

**BURMISTRZ**

**Paweł Lichtański**

**Oferta**

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

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

Określenie przedmiotu zamówienia, którego oferta dotyczy:

**„Wykonywanie badań lekarskich z zakresu medycyny pracy, dla pracowników Urzędu Miejskiego w Iłowej”**

**Badania podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
|  | Badanie przez lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań  profilaktycznych + wydanie orzeczenia |  |
|  | Badanie okulistyczne |  |
|  | Badania okulistyczne wraz z doborem szkieł korekcyjnych do pracy  przy monitorze ekranowym |  |
|  | Badanie ogólne moczu |  |
|  | Morfologia krwi, OB. i cholesterol całkowity |  |
|  | Badanie profilaktyczne kierowcy kat. B |  |

**Badania dodatkowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** |
| 1 | Pozostałe badanie specjalistyczne (np. otolaryngologiczne, neurologiczne, dermatologiczne oraz inne zlecone według wskazań) |  |
| 2 | Badanie EKG |  |
| 3 | Rtg klatki piersiowej |  |
| 4 | Badanie psychologiczne + test |  |

*Uwaga!*

*Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej. Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.*

Maksymalna liczba punktów wynosi 100 po 10 za każde badanie. Sposób wyliczenia oferty, oferta z najniższą cena badania / cena badanej oferty x 10 punktów. Decyduje suma punktów za 10 badań ujętych w ofercie.

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z:

* ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 poz. 1155 z późn. zm.),
* rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz. U. z 2018 poz. 917 z późn. zm.).

1. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań   
   z zakresu medycyny pracy.
2. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostają niezmienne przez okres obowiązywania umowy.
3. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w …………………………………………………………………………………………....…  
   ul. ……………………………………….…………………………………………………

w dni robocze ……………………………... w godzinach od……….. do……………...

1. Do oferty dołączamy cennik pozostałych badań nieujętych w formularzu ofertowym, który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*czytelne podpisy osób uprawnionych do  
podpisywania oferty*

miejscowość, …………….data …………

**Podstawowe informacje o Wykonawcy**

1. Pełna nazwa:.......................................................................................................................

2.Adres:.................................................................................................................................

3. Nr tel./fax...........................................................................................................................

4. Forma organizacyjna:.........................................................................................................

5. Miejsce i data rejestracji:....................................................................................................

6. NIP: ................................................., REGON: ...................................................

7. e-mail: ................................ http://.....................................................................................

8. Urząd Skarbowy:...............................................................................................................

9. Sposób prowadzenia ksiąg rachunkowych:.......................................................................

10.Osoby uprawnione do reprezentowania firmy:………………………………………....

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

11.Nr rachunku bankowego:...................................................................................................

…………………………………….  
 *czytelne podpisy osób uprawnionych do  
 podpisywania oferty*