**Załącznik nr 1**

**do Zaproszenia do składania ofert nr PCPR/08/2/8/2025**

**Formularz ofertowy do Zaproszenia do składania ofert**

**Zadanie jest współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego+, Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, działanie 6.26 integracja społeczna osób w szczególnie trudnej sytuacji życiowej, typ projektu A- działania mające na celu integrację osób w szczególnie trudnej sytuacji realizowane przez gminy i powiaty**

 **W odpowiedzi na Zaproszenie do składania ofert, poniżej przedstawiam ofertę cenową firmy:**

|  |
| --- |
| **Nazwa firmy:** |
| **Adres:** | **Nr tel.:** |
| **NIP:** | **Regon:** | **e-mail:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | Wykaz  | Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia | Ilość osób | Cena jednostkowa netto za pakiet badań dla 1 osoby | Wartość netto(kol.4 x kol.5) | Stawka podatku VAT % | Wartość podatku VAT% | Wartość brutto(kol.6+kol.8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | **BADANIA PROFILAKTYCZNE LABORATORYJNE** | MORFOLOGIA (CRP,TSH,FT3,FT4,glukoza, kreatynina, próby wątrobowe (ALAT, ASPAT,GGTP, bilirubina), poziom wit. D, ferrytyna) | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | **BADANIE DIAGNOSTYCZNE JAMY BRZUSZNEJ**  | USG jamy brzuchnej | 15 |  |  |  |  |  |
| 3. | **BADANIE PROFILAKTYCZNE OKULISTYCZNE** | badanie ostrości widzenia, badanie widzenia przestrzennego, edukacja w zakresie dbania o wzrok | 31 |  |  |  |  |  |
| 4. | **BADANIA PROFILAKTYCZNE LARYNGOLOGICZNE** | badanie zewnętrzne ucha, badanie wewnętrzne przewodu słuchowego, badanie jamy nosowej, badania jamy ustnej, badanie gardła oraz węzłów chłonnych, edukacja w zakresie higieny przewodu słuchowego | 31 |  |  |  |  |  |
| 5. | **BADANIA PROFILAKTYCZNE STOMATOLOGICZNE** | przegląd jamy ustnej (określenie planu leczenia stomatologicznego),edukacja w zakresie higieny jamy ustnej (indywidualne wskazanie odpowiednich zabiegów poprawiających stan jamy ustnej)  | 15 |  |  |  |  |  |
| 6 | **Razem:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych**

|  |
| --- |
| **Wartość całkowita** |
| **Cena brutto zawierająca wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wszystkie koszty wynikające z zapisów zaproszenia do składania ofert, bez których realizacja zamówienia nie byłaby możliwa** |  |
| **Słownie (cena brutto)** |  |

**Oświadczam/y, że czas oczekiwania na badanie profilaktyczne Uczestników projektu będzie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZAS OCZEKIWANIA** | **ILOSĆ PUNKTÓW** | **Zaznaczyć X odpowiedni wiersz** |
| powyżej 10 dni | 0 |  |
| Powyżej 5 do maksymalnie 10 dni | 10 |  |
| maksymalnie 5 dni | 20 |  |

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się klauzulą informacyjną RODO, będącą załącznikiem nr 3 do zapytania ofertowego.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z warunkami zamówienia, określonymi w zaproszeniu oraz akceptuję je.
3. Oświadczam, ze specjaliści realizujący badania profilaktyczne: okulistyczne, laryngologiczne oraz stomatologiczne posiadają wykształcenie wyższe, minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe oraz posiadają doświadczenie w realizacji wsparcia o podobnym charakterze.
4. Do oferty dołączam oświadczenie Wykonawcy zgodnie z pkt. 7.1 oraz 7.2 złożone przez:
5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
7. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
8. Osobą wskazaną do kontaktu z Zamawiającym, tzw. koordynatorem będzie Pan/Pani………………………………………………………………

Adres e-mail:……………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu:……………………………………………………………………………………………………

1. Badania profilaktyczne będą wykonywane w następującej/-ych Placówce/Placówkach:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………… ……………..…………………………………………

(miejscowość i data) (elektroniczny podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej)