…………………….. dnia ………..………r.

……………………………………………

……………………………………………

(Nazwa i adres oferenta)

**OFERTA**

**na zamówienie publiczne o wartości mniejszej niż kwota 130 000 złotych netto**

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty o zamówienie publiczne na zadanie o nazwie:

„Postępowania w sprawie zapewnienia pracownikom Nadleśnictwa Bystrzyca Kłodzka grupowego ubezpieczenia medycznego na okres 12 miesięcy (od 01.11.2024r. do 31.10.2025 r.)”

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

oferuję wykonanie ~~dostawy~~/usługi/~~roboty budowlanej~~\* zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

1. Miesięczna kwota brutto ……………………… PLN na jednego pracownika

(słownie:……………………………………………………………………………… złotych)

w tym miesięczna kwota netto………………………… PLN za jednego pracownika

(słownie:……………………………………………………………………………… złotych)

oraz podatek VAT………………………… PLN

(słownie:……………………………………………………………………………… złotych)

1. Inne parametry określające zamówienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Opis kryterium (niezbędne minimalne wymagania) | Wskazanie przez oferenta czy kryterium jest spełnione poprzez wpisanie Tak lub NIE |
| 1 | Odległość gabinetu lekarskiego w którym będą przeprowadzane konsultacje, badania wstępne, okresowe i kontrolne w zakresie medycyny pracy: nie więcej niż 30 km od siedziby nadleśnictwa (Ul. Międzyleśna 3; 57-500 Bystrzyca Kłodzka woj. dolnośląskie). (W przypadku badań specjalistycznych dla pracowników na stanowiskach „drwal operator maszyn i urządzeń leśnych” dopuszczalna jest odległość do 80 km od siedziby nadleśnictwa) | Tak lub NIE wraz z podaniem adresów placówek medycznych |
| 2 | Dostarczanie szczepionek i wykonywanie szczepień ochronnych w zakresie ochrony przed kleszczowym zapaleniem mózgu i grypą w ramach akcji w siedzibie nadleśnictwa. |  |
| 3 | Badania w kierunku Boreliozy wraz z konsultacjami i pełnym poradnictwem w zakresie leczenia prowadzonymi przez wyspecjalizowanego w tym kierunku lekarza. W zakresie badania w kierunku Boreliozy wykonawca będzie zobowiązany do przebadania pracowników metodą Elisa, a u pracowników u których ta metoda wskaże wątpliwy lub dodatni wynik zakażenia - dodatkowego badania metodą Western Blot (z jednej próbki). |  |
| 4 | Wystawianie miesięcznych faktur/rachunków z podziałem na usługi wykonane w ramach medycyny pracy oraz usługi nią nie objęte. |  |
| 5 | Zakres niniejszego zamówienia obejmuje również wykonywanie badań psychologicznych (psychotechnicznych) dla kierowców, którzy korzystają z samochodu osobowego (kat. B) do celów służbowych oraz specjalistyczne badania dla pracowników na stanowisku „drwal operator maszyn i urządzeń leśnych”. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Opis kryterium dodatkowego | Informacje podane przez oferenta |
| 1 | Podanie minimalnej liczby osób chętnych , jaka musi być zgłoszona w celu wykonania akcji profilaktycznej w zakresie ochrony przed kleszczowym zapaleniem mózgu i grypą w siedzibie zleceniobiorcy. |  |
| 2 | Ilość akcji profilaktycznych w siedzibie zleceniobiorcy z podaniem ich zakresu oprócz akcji profilaktycznej w zakresie ochrony przed kleszczowym zapaleniem mózgu i grypą. |  |
| 3 | Ilość lekarzy specjalistów w ramach pakietu medycznego udzielających kompleksowej opieki ze wskazaniem ich specjalizacji. | Podać ilość i wymienić nazwy specjalizacji |
| 4 | Ilość lekarzy specjalistów w ramach pakietu medycznego udzielających kompleksowej opieki w odległości nie większej niż 30 km od siedziby nadleśnictwa (Ul. Międzyleśna 3; 57-500 Bystrzyca Kłodzka woj. dolnośląskie) ze wskazaniem ich specjalizacji. | Podać ilość i wymienić nazwy specjalizacji |
| 5 | Ilość badań diagnostycznych w ramach pakietu medycznego. | Podać ilość i wymienić nazwy badań |
| 6 | Współpraca ze specjalistycznymi ośrodkami leczenia boreliozy ze wskazaniem nazwy jednostek na terenie województwa dolnośląskiego.  |  |
| 7 | Maksymalny czas oczekiwania w dniach na konsultacje lekarskie (porady lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej) w placówkach medycznych oddalonych nie więcej niż 30 km od siedziby nadleśnictwa. |  |
| 8 | Maksymalny czas oczekiwania w dniach na konsultacje lekarskie (porady lekarzy pozostałych specjalności to jest innych niż lekarzy opieki podstawowej) w placówkach medycznych oddalonych nie więcej niż 30 km od siedziby nadleśnictwa. |  |
| 9 | Podanie maksymalnej kwoty refundacji kosztów za poniesione koszty świadczeń medycznych w przypadku braku dostępności w promieniu 30 km od miejsca pobytu w odniesieniu do jakiejkolwiek wizyty u wybranego specjalisty lub możliwości wykonania badań diagnostycznych zgodnie ze standardem dostępności (uwzgledniającym maksymalny czas oczekiwania na konsultacje lekarskie) w placówkach medycznych firmy ubezpieczeniowej. Maksymalna kwota musi stanowić wartość na okres ubezpieczeniowy (od 01.11.2024 r. do 31.10.2025 ) na jednego ubezpieczonego. | Wartość w zł |
| 10 | Możliwość ubezpieczenia członków rodziny. | TAK/NIE (niepotrzebne skreślić) |
| 11 | Możliwość podjęcia rehabilitacji do 30 km od siedziby Nadleśnictwa. (iloczyn rodzaju rehabilitacji i ilości zabiegów) | (iloczyn rodzaju rehabilitacji i ilości zabiegów) |
| 12 | Możliwość skorzystania z zabiegów ambulatoryjnych do 30 km od siedziby Nadleśnictwa. (ilość zabiegów ambulatoryjnych) |  |
| 13 | Inne elementy dotyczące szeroko pojętej profilaktyki np. ilość badań wykonywanych w ramach medycyny pracy,  |  |

1. Termin realizacji - ………………… roku.
2. Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych stronach ………………
3. Załączniku do oferty (jeśli oferent dołączy):

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

**Oświadczam, że:**

1. Posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
2. Posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję/emy\* potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
3. Znajduję/emy\* się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
4. Wykonawca oświadcza, że prowadzi działalność w zakresie świadczenia kompleksowych usług medycznych jako podmiot leczniczy, którego placówki są podstawowymi jednostkami służby medycyny pracy. Zleceniobiorca jest uprawniony do sprawowania opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 27.06.1997 roku o służbie medycyny pracy oraz do przeprowadzania badań lekarskich pracowników i wydawania orzeczeń lekarskich na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy oraz innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności Kodeksu Pracy.

Dnia …………………………

…………………………………………

 ( pieczęć i podpis oferenta)