

..... 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 01.11.2025r. do 31.10.2026 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)

2. 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. Międzyłęśna 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                            |

\*niepotrzebne skreślić

|   |  |  |
|---|--|--|
| 2 | Dostarczanie szczepionek i wykonywanie szczepień ochronnych dla pracowników w zakresie ochrony przed kleszczowym zapaleniem mózgu i grypą w ramach akcji w siedzibie nadleśnictwa.   |  |
| 3 | Badania dla pracowników 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 | Wykonywanie dla pracowników:<br>- badań psychologicznych (psychotechnicznych) dla kierowców, którzy korzystają z samochodu osobowego (kat. B) do celów służbowych oraz<br>- badań na stanowisku „drwal operator maszyn i urządzeń leśnych”.  |  |

| LP | Opis kryterium dodatkowego   | Informacje podane przez oferenta           |
|----|--|--|
| 1  | Podanie minimalnej liczby pracowników, 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 <u>oprócz</u> akcji profilaktycznej w zakresie ochrony przed kleszczowym zapaleniem mózgu i grypą.  |  |
| 3  | Ilość lekarzy specjalistów w ramach pakietu medycznego dla pracowników udzielających kompleksowej opieki ze wskazaniem ich specjalizacji.  | Podać ilość i wymienić nazwy specjalizacji |
| 4  | Ilość lekarzy specjalistów dla pracowników w ramach pakietu medycznego udzielających kompleksowej opieki w odległości nie większej niż 30 km od siedziby nadleśnictwa (Ul. Międzyłęśna 3; 57-500 Bystrzyca Kłodzka woj. dolnośląskie) ze wskazaniem ich specjalizacji. | Podać ilość i wymienić nazwy specjalizacji |
| 5  | Ilość badań diagnostycznych dla pracowników 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.  |  |

\*niepotrzebne skreślić

|    |  |  |
|----|--|--|
| 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 jakiegokolwiek wizyty u wybranego specjalisty lub możliwości wykonania badań diagnostycznych zgodnie ze standardem dostępności (uwzględniającym maksymalny czas oczekiwania na konsultacje lekarskie) w placówkach medycznych firmy ubezpieczeniowej. Maksymalna kwota musi stanowić wartość na okres ubezpieczeniowy (od 01.11.2025 r. do 31.10.2026 ) 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 ilości rodzaju rehabilitacji i ilości zabiegów)   | 1) Rodzaj rehabilitacji= nazwa<br>Ilość zabiegów<br>2) Rodzaj rehabilitacji= nazwa<br>Ilość zabiegów<br>3) ..... |
| 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.   |  |

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

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

\*niepotrzebne skreślić

.....  
.....

**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)