Lubań, ……………...2021 r.

**FORMULARZ OFERTOWY NR 1/CAZ/DI/2020 WRAZ Z ZAŁĄCZNIKAMI**

**Część I**

Treść oferty:

1. Nazwa wykonawcy……………………………………………………………………………………………………..
2. Adres wykonawcy………………………………………………………………………………………………………
3. NIP\*………………………………………………………………Regon………………………………………………
4. Nr rachunku bankowego……………………………………………………………………………………………….
5. Forma prawna/rodzaj działalności ……………………….………………..………...………………………………
6. Data rozpoczęcia działalności .........................................................................................................................
7. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do:

* reprezentowania podmiotu i podpisania umowy\*\*:

nazwisko i imię ……………………................................................................................................................... stanowisko..................................................... nr telefonu................................................................................

* kontaktu z PUP:

nazwisko i imię…………………………………………………………………………………................................

stanowisko.................................................... nr telefonu................................................................................

\* w przypadku spółek cywilnych należy podać NIP spółki

\*\* pełnomocnik lub osoba upoważniona do reprezentacji wykonawcy zgodnie z przedłożoną dokumentacją lub przedłożonym

pełnomocnictwem notarialnym

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia uwzględniając, że cena netto jest równa cenie brutto za:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Cena jednostkowa cyfrą\*\*\***  **(netto równa się brutto)** | | | |
| **2021 r.** | | **2022 r.** | **2023 r.** |
| 1. | Badanie ogólne |  | |  |  |
| 2. | Badania specjalistyczne – okulista |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – laryngolog |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – neurolog |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – wysokościowe do 3 m. |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – wysokościowe powyżej 3 m. ( badanie okulistyczne, laryngologiczne, neurologiczne) |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – prawo jazdy kategorii B |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – prawo jazdy kategorii C, C+E ( w tym: badanie okulistyczne, laryngologiczne) |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne prawo jazdy kategorii D, D+E (w tym: badanie okulistyczne i laryngologiczne) |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne kwalifikacja wstępna (przyspieszona) w zakresie przewozu rzeczy/osób  (psychotechniczne) |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – psychotechniczne |  | |  |  |
| Badania specjalistyczne – psychologiczne |  | |  |  |
|  | Badania kierowców w przypadku stwierdzenia przez lekarza uwapnionego do badania kierowców istotnych odchyleń od prawidłowego stanu zdrowia i zlecenia osobie badanej odpowiednich badań pomocniczych i konsultacji specjalistycznych na prawo jazdy kategorii C, C1, D, D1, C+E, D+E, D1+E |  |  | |  |

\*\*\* Cenę należy podać jako cenę jednostkową jednego badania lekarskiego:

* Badania lekarskiego ogólnego,
* Badania specjalistycznego wg rodzaju badania zamieszczonego w tabeli. Cenę należy podać w PLN.

1. Okres gwarancji: **nie dotyczy**
2. Potwierdzam termin realizacji zamówienia od dnia ………………….do dnia…………………………………...

**Jestem zainteresowany realizacją zamówienia przez okres:**

** jednego roku,  dwóch lat,  trzech lat** (właściwe zaznaczyć)

1. Potwierdzam miejsce realizacji wykonywania usługi: miasto Lubań, a w przypadku wykonywania badań specjalistycznych (psychotechnicznych, psychologicznych) w obrębie do 50 km od miejscowości Lubań.
2. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zaproszeniu do składania ofert 1/CAZ/DI/2021 pkt. VIII.
3. Oświadczam, że zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zalegam z opłacaniem innych danin publicznych (podatki, składki na ubezpieczenia zdrowotne, opłaty lokalne)1 ** Tak  Nie**
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią projektu umowy nr 1/2021 wraz z załącznikami i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. Do oferty dołączam zaparafowany na każdej stronie projekt umowy wraz z załącznikami.
6. Inne kryteria ustalone przez zamawiającego: **brak**
7. Przedkładam:
8. Wymagane załączniki1:

* Formularz Ofertowy nr 1/CAZ/DI/2020 cz. I i II wraz z załącznikami  Tak  Nie  Nie dotyczy
* kopię dokumentów potwierdzających uprawnienia zawodowe wskazanych   
  osób do realizacji usług badań lekarskich ogólnych bądź specjalistycznych  Tak  Nie  Nie dotyczy  
  lub „Oświadczenie o posiadaniu uprawnień zawodowych – załącznik nr 4,
* zaparafowany na każdej stronie *Projekt umowy wraz z załącznikami*,  Tak  Nie  Nie dotyczy
* dokument potwierdzający umocowanie osoby wskazanej do   
  reprezentowania podmiotu i podpisania umowy ( np. pełnomocnictwo  Tak  Nie  Nie dotyczy  
  pisemne bądź umowę spółki cywilnej),
* w przypadku spółek cywilnych – umowę spółki cywilnej,  Tak  Nie  Nie dotyczy

1odpowiednie zaznaczyć „x”

1. Inne załączniki:

* …………………………………………………………………………………………………………………………,
* …………………………………………………………………………………………………………………………,

Wyżej wymienione dokumenty mogą być złożone w formie oryginałów lub kserokopii potwierdzonych   
za zgodność przez osobę/osoby upoważnioną do podpisywania oferty z dopiskiem „*za zgodność z oryginałem*”

Lubań, dnia …………………… ………………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis lub parafka i pieczęć imienna osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY cz.II Załącznik nr 1**

**Tab. nr 1 Wykaz osób lub podmiotów /imię, nazwisko, stanowisko, uprawnienia/ - wskazanych do realizacji zamówienia.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
| Lp. | Imię i nazwisko / nazwa podmiotu | Stanowisko | Rodzaj przeprowadzanych badań lekarskich | Rodzaj posiadanych uprawnień zawodowych1 | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1 rodzaj posiadanych uprawnień zawodowych - należy przedłożyć odpisy stosownych dokumentów w formie kserokopii potwierdzonej „*za zgodność z oryginałem”* bądź wypełnić poniższe oświadczenie stanowiące załącznik nr 4 do niniejszego formularza ofertowego.

Lubań, dnia …………………… …………………………………………………………………………………..………………………………………..

(data i czytelny podpis lub parafka i pieczęć imienna osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)

**Załącznik nr 2**

**Tab. nr 2 Wykaz dni i godzin, kiedy realizowana będzie usługa:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania lekarskiego** | **Dzień tygodnia / godziny badań osób bezrobotnych/** | | | | |
| **poniedziałek** | **wtorek** | **środa** | **czwartek** | **piątek** |
| Badanie **ogólne** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **okulista** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **neurolog** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **laryngolog** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **wysokościowe do 3 metrów** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **wysokościowe**  **(powyżej 3 metrów)** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **prawo jazdy** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **psychologiczne** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **psychotechniczne** |  |  |  |  |  |

Lubań, dnia …………………… ………………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis lub parafka i pieczęć imienna osoby lub osób   
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)

**Załącznik nr 3**

**Tab. nr 3 Miejsce, adres przeprowadzania usług:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania lekarskiego** | **miejscowość, adres badań osób bezrobotnych** | | | | |
| **poniedziałek** | **wtorek** | **środa** | **czwartek** | **piątek** |
| Badanie **ogólne\*** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **okulista** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **neurolog** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **laryngolog** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **wysokościowe do 3 metrów** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **wysokościowe powyżej  3 metrów** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **prawo jazdy** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **psychologiczne** |  |  |  |  |  |
| Badania specjalistyczne – **psychotechniczne** |  |  |  |  |  |

**\*** Liczba dni i godzin świadczonych usług, ze wskazaniem poszczególnych dni tygodnia i godzin przeprowadzanych badań, przyjmując warunek, iż badania ogólne należy przeprowadzać pod adresem Zleceniobiorcy, w miejscu świadczonych usług.

Lubań, dnia …………………… ………………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis lub parafka i pieczęć imienna osoby lub osób   
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)

**Załącznik nr 4**

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UPRAWNIEŃ ZAWODOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że Pan/i:

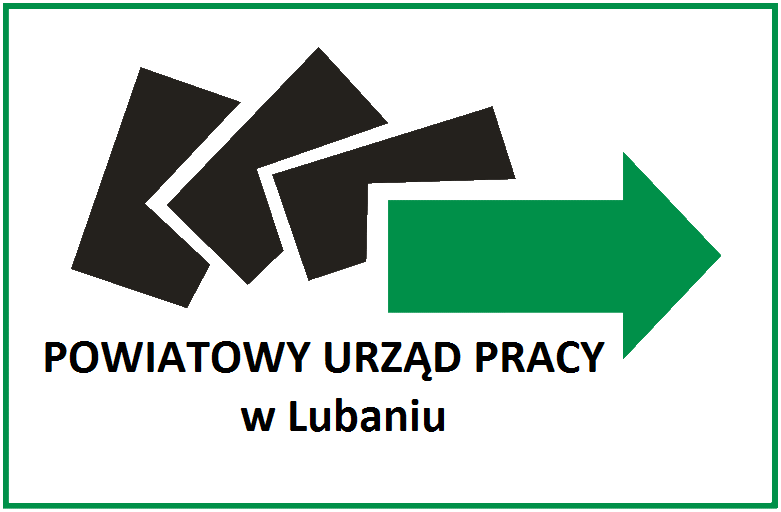
* 1. ……………………………………………………………………………………………………,
  2. ……………………………………………………………………………………………………,
  3. ……………………………………………………………………………………………………,
  4. ……………………………………………………………………………………………………,
  5. ……………………………………………………………………………………………………,
  6. ……………………………………………………………………………………………………,
  7. ……………………………………………………………………………………………………,
  8. ……………………………………………………………………………………………………,
  9. ……………………………………………………………………………………………………,
  10. ……………………………………………………………………………………………………,
  11. ……………………………………………………………………………………………………,
  12. ……………………………………………………………………………………………………

( podać imię i nazwisko )

wskazany/a/ni w formularzu ofertowym cz. II, tab. nr 1, posiada/ją odpowiednie uprawnienia, kwalifikacje   
i doświadczenie zawodowe pozwalające na przeprowadzenie badań lekarskich (osoby te posiadają uprawnienia zawodowe wykazane w formularzu ofertowym cz. II, tab. nr 1, kolumna 5).

Lubań, dnia …………………… ………………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis lub parafka i pieczęć imienna osoby lub osób   
uprawnionych do reprezentowania wykonawcy)



## **Załącznik nr 5**

***PROJEKT***

**UMOWA Nr 1/2021**

zawarta w dniu …………….. roku w Lubaniu, pomiędzy:

1. **Starostą Lubańskim z upoważnienia, którego występuje: Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy – …………………………, zwany w dalszej części umowy   
   „ Zleceniodawcą”, a**
2. **…………………………………………………………………….., zwanym w dalszej części umowy „Zleceniobiorcą”.**

**§ 1**

1. **Przedmiotem umowy jest wykonanie w latach 2021 - …….. przez Zleceniobiorcę usług badań lekarskich**, w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, wynikające z art. 2 ust 3, art. 38 ust 1. pkt 1 lit c) i art. 40 ust 5, o treści: „Koszty badań lekarskich lub psychologicznych mających na celu: stwierdzenie zdolności bezrobotnego do wykonywania pracy, uczestnictwa w szkoleniu lub przygotowaniu zawodowym dorosłych, odbywania stażu, wykonywania prac społecznie użytecznych”, „określenie szczególnych predyspozycji psychofizycznych wymaganych do wykonywania zawodu – przeprowadzanych na wniosek powiatowego urzędu pracy, są finansowa z Funduszu Pracy” i „Kierowaniu na specjalistyczne badania psychologiczne   
    lekarskie umożliwiające wydawanie opinii o przydatności zawodowej do pracy i zawodu albo kierunku szkolenia”, oraz „Skierowanie na szkolenie bezrobotnego, w przypadkach zawodów wymagających szczególnych predyspozycji psychofizycznych, powinno być poprzedzone określeniem przez doradcę zawodowego powiatowego urzędu pracy predyspozycji do wykonywania zawodu, który osoby te uzyskają w wyniku szkolenia;   
   w uzasadnionych przypadkach szkolenie może być poprzedzone skierowaniem na badania lekarskie lub psychologiczne finansowane z Funduszu Pracy”.
2. Zamówienie, o którym mowa wyżej, będące przedmiotem zawartej umowy realizowane będzie w oparciu o zapisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o Finansach Publicznych, mając na względzie zapisy zawarte w art. 44 ust 3.1 i art. 44 ust.4 o treści: „*Wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod   
   i środków służących osiągnięciu założonych celów*” i „*Jednostki sektora finansów publicznych zawierają umowy, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, na zasadach określonych w przepisach ustawy o zamówieniach publicznych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej*”.
3. Zawarcie umowy nastąpi bez stosowania Ustawy Prawo Zamówień Publicznych, zgodnie bowiem z zapisem art. 2 ust 1 pkt 1 Ustawy „przepisy ustawy stosuje się do udzielania:   
   1) zamówień klasycznych oraz organizowania konkursów, których wartość jest równa lub przekracza kwotę 130 000 złotych, przez zamawiających publicznych założonych celów”.

**§ 2**

1. Zleceniobiorca ……………………………………………………………………………………

Podmioty tworzące to …………………………. na podstawie dokumentów ustalono,   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...….

1. Wykaz osób lub podmiotów wskazanych do realizacji zamówienia, zarówno w zakresie badań ogólnych, specjalistycznych, lekarza medycyny pracy, wykaz dni i godzin, miejsce   
   i adres przeprowadzenia badań zawarto w cz. II formularza ofertowego w tabelach 1, 2, 3 stanowiącego załącznik nr 1 umowy.
2. W przypadku braku możliwości wykonania badań przez wskazaną w załączniku nr …. do niniejszej umowy osobę/podmiot w określonym miejscu czasie, z przyczyn niezależnych od Zleceniobiorcy – przyjmuje się możliwość wskazania przez Zleceniobiorcą innego wykonawcy badania lekarskiego specjalistycznego.
3. Umowa obowiązuje **od dnia 01 luty 2021 r. do dnia ……………………….. r.**

**§ 3**

1. Badania lekarskie, o których mowa wyżej przeprowadzane będą jako:
2. **badania ogólne** – czyli badania lekarskie mające na celu stwierdzenie zdolności bezrobotnego do wykonywania pracy, odbywania stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia, prac społecznie użytecznych,
3. **badania specjalistyczne** – czyli badania dodatkowe przeprowadzone na wniosek:

* Lekarza uprawnionego do badania kierowców oraz osób ubiegających się   
  o prawo jazdy, wobec osób kierowanych na szkolenia kierowców,
* Lekarza ogólnego wobec osób kierowanych na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie oraz osób kierowanych przez doradcę zawodowego.

1. Rodzaj i koszt jednostkowy badań objętych przedmiotem umowy:
2. Badanie ogólne – **…………… zł**
3. Badanie specjalistyczne – okulista **………………. zł**
4. Badanie specjalistyczne – laryngolog **…………… zł**
5. Badanie specjalistyczne – neurolog **……………… zł**
6. Badanie specjalistyczne – wysokościowe do 3 m **……………….. zł**
7. Badania wysokościowe powyżej 3 m – (bad. okulistyczne, bad. laryngologiczne,   
   bad. neurologiczne ) – **………………..zł**
8. Badanie specjalistyczne – prawo jazdy:

* kategorii B - **…………… zł**
* Kategoria C, C + E (w tym: bad. okulistyczne, laryngologiczne) – **……….. zł**
* Kategoria D, D+E (w tym: bad. okulistyczne i laryngologiczne) – **………... zł**
* Kwalifikacja wstępna (przyspieszona) w zakresie przewozu rzeczy/osób (psychotechniczne) – **………………** **zł**

1. Badanie specjalistyczne – psychotechniczne **………………… zł**
2. Badanie specjalistyczne – psychologiczne **………………….. zł**
3. Badanie kierowców w przypadku stwierdzenia przez lekarza uprawnionego do badania kierowców istotnych odchyleń od prawidłowego stanu zdrowia i zlecenia osobie badanej odpowiednich badań pomocniczych i konsultacji specjalistycznych na prawo jazdy kat. C,C1, D, D1, C+E, D+E, D1+E **................................ zł**
4. Koszt badania, o którym mowa w § 2 ust. 3) nie może być wyższy niż koszt, o którym mowa w § 3 ust. 2 niniejszej umowy.
5. W przypadku konieczności przeprowadzenia innych badań lekarskich istnieje możliwość dokonania zmiany w umowie w formie aneksu do umowy.
6. Badania lekarskie, o których mowa w pkt 1 przeprowadzają na wniosek Zleceniodawcy lekarze wskazani w załączniku nr 1 do umowy, koszty tych badań są finansowane   
   z Funduszu Pracy.
7. Badania lekarskie przeprowadzane są po wystawieniu pisemnego „Skierowania na badania lekarskie”. Wzór skierowania stanowi załącznik nr 1 i 2 niniejszej umowy.
8. Potwierdzeniem przeprowadzonych badań jest wystawienie przez lekarza pisemnego Zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność lub niezdolność osoby bezrobotnej do odbywania stażu, szkolenia, pracy, prac społecznie użytecznych oraz stwierdzające przydatność zawodową do pracy i zawodu albo kierunku szkolenia i wydanie osobie bezrobotnej jednego oryginału celem przedłożenia w Urzędzie. Oryginał wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 i 4 niniejszej umowy.
9. W przypadku badań lekarskich wskazanych w **§ 3 ust. 2** dotyczących prawa jazdy kategorii C, C+E, D, D+E oraz kwalifikacji wstępnej (przyspieszonej) w zakresie przewozu rzeczy/osób należywydać orzeczenie lekarskie zgodnie z obowiązującymi przepisami w postaci dwóch oryginałów. Orzeczenie lekarskie oraz orzeczenie psychologiczne powinno być wystawione przez osoby uprawnione, wymienione z imienia i nazwiska   
   w zawartej umowie.

**§ 4**

1. Przedmiotem umowy określonym w § 1 ust. 1 i § 3 ust. 2 objęte są osoby bezrobotne zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubaniu kierowane przez Urząd   
   do uczestnictwa w programach finansowanych z Funduszu Pracy, oraz współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2021 - 2023.
2. Badania lekarskie nie wymagają wcześniejszych ustaleń i są wykonywane w dniu zgłoszenia w gabinecie lekarskim, na podstawie wydanego przez Zleceniodawcę skierowania, które zawierać będzie wszystkie niezbędne informacje, dotyczące formy wsparcia i osoby bezrobotnej.
3. W przypadku konieczności skierowania osoby do lekarza specjalisty lub lekarza medycyny pracy, koszty przeprowadzonych badań są sumowane.
4. Osoba bezrobotna jest informowana o treści zaświadczenia lekarskiego, które jest sporządzane i wydawane do rąk osoby bezrobotnej, która poddała się badaniu, po jego przeprowadzeniu.

**§ 5**

1. Należność za usługi zdrowotne będzie płatna na podstawie dokumentu księgowego, wystawionego przez Zleceniobiorcę, w oparciu o prowadzony imienny rejestr rodzaju   
   i ilości wykonywanych badań, którego załącznikiem będzie imienny wykaz osób, których objęto usługą lekarską.
2. Ustala się, iż w przypadku kierowania osób bezrobotnych na badania lekarskie finansowane z Funduszu Pracy, Zleceniobiorca będzie wystawiał dokumenty księgowe   
   w okresach miesięcznych, na koniec każdego miesiąca, ze wskazaniem imiennego wykazu osób i rodzajem wsparcia, jakim objęta jest osoba.
3. Zapłata nastąpi przelewem w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę prawidłowo wystawionego dokumentu księgowego wraz z załącznikiem zawierającym imienny wykaz osób, o którym mowa w § 5 ust 1, na rachunek Zleceniobiorcy: **…………………………………………………………………………………………………………………**

4. Nie uiszczenie opłaty w terminie powoduje naliczenie odsetek ustawowych.

**§ 6**

* 1. Liczba osób planowana na badania lekarskie **w ilości ….**, kierowana na poszczególne usługi i instrumenty rynku pracy może być zwiększona, wg potrzeb, bez konieczności wprowadzenia aneksu do umowy, przy czym koszt wynikający z liczby skierowanych osób i cen jednostkowych badań lekarskich nie może przekroczyć kwoty …………… zł.
  2. Ustalone w umowie ceny są stałe i nie podlegają zmianie przez cały okres trwania umowy.

**§ 7**

1. W przypadku niezrealizowania, nieterminowego realizowania lub niewłaściwego realizowania przedmiotu umowy Zleceniodawca ma prawo rozwiązać umowę bez wypowiedzenia, w trybie natychmiastowym, na piśmie.
2. Strony zgodnie ustalają, iż poza przypadkami określonymi w pkt 1 przysługuje im możliwość wypowiedzenia umowy bez podania przyczyny z jednomiesięcznym terminem wypowiedzenia.

**§ 8**

1. Wszelkie zmiany treści umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 9**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Załączniki do projektu umowy:**

1. Skierowanie do lekarza.
2. Skierowanie do lekarza na wniosek doradcy klienta celem wydania opinii o przydatności   
    do pracy i zawodu albo kierunku szkolenia.
3. Zaświadczenie lekarskie wydane na podstawie skierowania nr …….
4. Zaświadczenie lekarskie wydane na wniosek doradcy klienta zgodnie ze skierowaniem   
    nr…..…

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

pieczęć, data i podpis Zleceniodawcy pieczęć, data i podpis Zleceniobiorcy