Załącznik nr 2

………………………………………………… dnia …………………………………….

…………………………………………..

*(Pieczęć Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z pakietem medycznym dla pracowników Wytwórni Filmów Dokumentalnych i Fabularnych – znak 157/2018

**Tryb postępowania**: zapytanie ofertowe.

**1. Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa .............................................................................................................

Siedziba............................................................................................................

Nr telefonu/faks ..................................................................................................

adres e-mail: .....................................................................................................

nr NIP..............................................................................................................

nr REGON ........................................................................................................

**2. Dane dotyczące Zamawiającego :**

Nazwa Zamawiającego: Wytwórnia Filmów Dokumentalnych i Fabularnych (WFDiF)

Adres Zamawiającego: Chełmska 21

Kod, miejscowość: 00-724 Warszawa

NIP: 525-001-05-22

Regon: 000274938

Telefon: (22) 851 10 21 (wew. 462) 22 559 34 62; 22 559 34 38

Adres strony internetowej: [www.wfdif.com.pl](http://www.wfdif.com.pl), e-mail: socjalny@wfdif.com.pl

Niniejszym składam(my) Ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie Zapytania Ofertowego, którego przedmiotem jest: **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy wraz z pakietem medycznym dla pracowników Wytwórni Filmów Dokumentalnych i Fabularnych.**

**3. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami zawartymi w zał. nr 1 do zapytania ofertowego za cenę:**

**Cena brutto** : ………………………………..…….zł

(słownie:…………………………………………………………………………………………………………………………..…..)

Za pakiet usług medycznych (medycyna pracy + lekarze specjaliści, badania diagnostyczne + analizy medyczne+ rehabilitacja, itp.) za 1 miesiąc abonamentu dla 1 pracownika WFDiF

*Kryterium – waga 60 pkt*

**Liczba wizyt domowych** przewidzianych w przedstawionej ofercie w ciągu roku wynosi minimum 10 wizyt.

Kryteria oceny:

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

*10 wizyt domowych i powyżej – waga 10 pkt* *Poniżej 10 wizyt domowych – waga 0 pkt*

**Honorowanie skierowań od lekarzy z zewnątrz**, tj. spoza sieci oraz skierowania od lekarzy z NFZ

 Tak\* Nie\*

\* odpowiednie zaznaczyć

 *Kryterium – waga 10 pkt (tak)*

 *Kryterium – waga 0 pkt (nie)*

**Zapewnienie doraźnej pomocy stomatologicznej**

 Tak\* Nie\*

\* odpowiednie zaznaczyć

*Kryterium – waga 10 pkt (tak)*

*Kryterium – waga 0 pkt (nie)*

**Czas oczekiwania na planową wizytę u lekarzy pierwszego kontaktu:**

*Internisty, Lekarza rodzinnego lub pediatry*

Realizowany w czasie do 24 godzin(z wyłączeniem niedziel i świąt) ………………………waga 5 pkt

Realizowany w czasie powyżej 24 godzin ( z wyłączeniem niedziel i świat) ……………waga 0 pkt

Czas oczekiwania na planową wizytę u lekarzy specjalistów:

- *dermatolog, ortopeda, laryngolog, kardiolog, gastroenterolog, neurolog, urolog*

Realizowany do 7 dni roboczych ( z wyłączeniem niedziel i świąt)

………………………………… waga 5 pkt

Realizowany powyżej 7 dni roboczych ( z wyłączeniem niedziel i świąt)

 ……………………………….. waga 0 pkt

**4.** Dysponujemy na terenie Warszawy placówkami własnymi w liczbie ................................ w których będziemy realizować niniejsze zamówienie.

**5.** Na terenie Polski dysponujemy placówkami medycznymi co najmniej w liczbie ………………. placówek przewidzianych do realizacji zamówienia.

**6.** Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się z treścią Zapytania Ofertowego, posiadam(y) wszelkie informacje potrzebne do zrealizowania przedmiotu zamówienia i zobowiązuję(my) się do rzetelnej realizacji zamówienia, zgodnie z warunkami, terminami i wymaganiami podanymi w Zapytaniu Ofertowym i złożoną ofertą.

**7.** Oświadczam(y), że dysponuję personelem (lekarskim i pielęgniarskim) posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zawodowe określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki społecznej z dn. 30.05.1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich praco0wników z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U. z 1996r., nr 69, poz.332 z późn. zm.) w ilości i specjalności niezbędnej do pełnej realizacji przedmiotu zamówienia opisanego w Zapytaniu Ofertowym.

**8.** Oświadczam(my), że na dzień złożenia oferty jestem wpisany(jesteśmy wpisani) do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) numer wpisu ……………………………………………….

**9.** Oświadczam/-y, że:

1) przedmiot zamówienia wykonamy w terminach określonych w zapytaniu ofertowym tj. ***01.11.2018r. - 31.10.2019r.;***

2) zapoznaliśmy się z warunkami i wymaganiami podanymi przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym, w szczególności w opisie przedmiotu zamówienia, akceptujemy je i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń;

3) uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty

i wykonania zamówienia;

4) cena zawiera wszelkie koszty niezbędne do wykonania zamówienia, wynikające wprost z opisu przedmiotu zamówienia, jak również w niej nie ujęte, a bez których nie można wykonać przedmiotu zamówienia;

Oświadczam/-y, że przewidzieliśmy wszystkie okoliczności, które mają

wpływ na cenę zamówienia;

5) uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia upływu

terminu składania ofert.

**10.** Oferta została złożona na …………………….. stronach.

**11**. Oświadczenie w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub 14 RODO:

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**12.** Do oferty dołączono stanowiące jej integralną część:

1) ……………………………………………………………...

2) .……………………………………………………………..

3) ………………………………………………………………

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

(data, imię i nazwisko oraz podpis

upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy