# **FORMULARZ OFERTY**

**na wykonywanie w 2024 r. świadczeń zdrowotnych z zakresu przeprowadzania badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów oraz słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub stażu uczniowskiego są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz doktorantów, którzy w trakcie kształcenia są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia z terenu województwa świętokrzyskiego z wyłączeniem uczniów zatrudnionych w charakterze pracowników młodocianych oraz pełnoletnich kandydatów na kwalifikacyjne kursy zawodowe i pełnoletnich słuchaczy tych kursów.**

Pełna nazwa Oferenta:

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

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:

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

Adres Oferenta:

Kod pocztowy ........ - ................. miejscowość..........................................................................

ul.................................................................................................. nr ...........................................

tel. ...................................................................................fax ......................................................

e-mail…………………………………………………………………………………………..

Nazwa banku ................................................................................................................................

Nr konta ........................................................................................................................................

NIP ............................................................. Regon ...................................................................

Dotyczy: powiatu…………………………deklarujemy liczbę……. uczniów do przebadania.

**Oferujemy:**

**cenę** **ryczałtową(nie wyższą niż 100,00 zł) za badanie lekarskie kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych oraz na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu, studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Proponowana cena ryczałtowa [zł]** |
| Badania lekarskie kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia. |  |

2. Lekarz świadczący usługi w zakresie przedmiotu konkursu posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny pracy/

 Lekarz świadczący usługi w zakresie przedmiotu zamówienia posiada specjalizację I stopnia lub inni posiadający uprawnienia do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem konkursu.\*(niepotrzebne skreślić)

3.Współpracujemy z Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Kielcach w zakresie objętym konkursem powyżej 3lat/poniżej 3 lat. \*

\*niepotrzebne skreślić

1. **dostępność wykonywania badań:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień tygodnia** | Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek |
| **Godziny przyjęć** |  |  |  |  |  |

Termin płatności wynosi 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury/rachunku. Zapłata nastąpi przelewem na konto wskazane na fakturze/rachunku. .

Data: .................................................

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

podpis