

.....
(miejscowość i data)

.....
nazwa i adres Wykonawcy/-ów,

NIP.....

lub

REGON.....

e-mail:.....

**Regionalna Dyrekcja
Lasów Państwowych
w Katowicach
ul. Św. Huberta 43-45
40-754 Katowice**

FORMULARZ CENOWY

„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy”

A. USŁUGI Z ZAKRESU OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA PRACOWNIKÓW ZAMAWIAJĄCEGO I ICH RODZIN

Uwaga:

1. Podane przez Zamawiającego w poniższych tabelach dane dotyczące liczby osób, które będą korzystać ze świadczeń w ramach umowy mają charakter orientacyjny i służą Wykonawcy do obliczenia ceny oferty, a następnie Zamawiającemu – do oceny i porównania złożonych ofert oraz do wyboru oferty najkorzystniejszej.

Podane dane liczbowe mogą się różnić od faktycznej liczby osób, które będą korzystać ze świadczeń w ramach umowy. Liczba pracowników i członków ich rodzin objętych usługami opieki zdrowotnej zależeć będzie od tego, ilu pracowników przystąpi do abonamentów, co z kolei uwarunkowane będzie wysokością stawek jednostkowych (opłat) oferowanych

2. Podane przez Wykonawcę w poniższych tabelach stawki jednostkowe (opłaty) są wiążące i będą stanowić podstawę do rozliczeń z Zamawiającym w okresie obowiązywania umowy.

Tabela 1.

Oferujemy świadczenie usług zdrowotnych w ramach **abonamentu „Medycyna pracy”** pracownika Zamawiającego w okresie 20 miesięcy za cenę brutto zł za całość. Cena ta została obliczona w następujący sposób:

Abonament indywidualny	Stawka miesięczna za badania pracownika z medycyny pracy	Wartość	Podatek od towarów i usług /VAT/		Cena za abonamenty indywidualne w okresie 20 miesięcy (całość)
1	2	3	4	5	6
[szt]	netto [zł]	netto [zł] kol.1x kol.2	stawka [%]	wartość [zł] kol.3 x kol.4	brutto [zł] (kol.3+kol.5) x 20 mies.
79					

Tabela 2.

Oferujemy świadczenie usług zdrowotnych w ramach **abonamentu „Abonament indywidualny”** pracownika Zamawiającego w okresie 20 miesięcy za cenę brutto zł za całość. Cena ta została obliczona w następujący sposób:

Abonament indywidualny	Stawka za pozostałe usługi medyczne miesięcznie w ramach abonamentu	Wartość	Podatek od towarów i usług /VAT/		Cena za abonamenty indywidualne w okresie 20 miesięcy (całość)
1	2	3	4	5	6
[szt]	netto [zł]	netto [zł] kol.1x kol.2	stawka [%]	wartość [zł] kol.3 x kol.4	brutto [zł] (kol.3+kol.5) x 20 mies.
49					

Tabela 3.

Oferujemy świadczenie usług zdrowotnych w ramach **abonamentu „Abonament partnerski”** (tj. abonament indywidualny pracownika + współmałżonek/partner + dzieci do 26 r.ż.) w okresie 20 miesięcy za cenę brutto zł za całość. Cena ta została obliczona w następujący sposób:

Abonament indywidualny	Stawka za pozostałe usługi medyczne miesięcznie w ramach abonamentu	Wartość	Podatek od towarów i usług /VAT/		Cena za abonamenty indywidualne w okresie 20 miesięcy (całość)
1	2	3	4	5	6
[szt]	netto [zł]	netto [zł] kol.1x kol.2	stawka [%]	wartość [zł] kol.3 x kol.4	brutto [zł] (kol.3+kol.5) x 20 mies.
15					

Tabela 4.

Oferujemy świadczenie usług zdrowotnych w ramach **abonamentu „Abonament rodzinny”** (tj. abonament indywidualny pracownika + współmałżonek/partner lub jedno dziecko do 26 r.ż.) w okresie 20 miesięcy za cenę brutto zł za całość. Cena ta została obliczona w następujący sposób:

Abonament indywidualny	Stawka za pozostałe usługi medyczne miesięcznie w ramach abonamentu	Wartość	Podatek od towarów i usług /VAT/		Cena za abonamenty indywidualne w okresie 20 miesięcy (całość)
1	2	3	4	5	6
[szt]	netto [zł]	netto [zł] kol.1x kol.2	stawka [%]	wartość [zł] kol.3 x kol.4	brutto [zł] (kol.3+kol.5) x 20 mies.
12					

Zatem, po zsumowaniu wartości z kol. 6 tabeli 1, 2, 3, 4 cena oferty brutto na świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy wynosi zł brutto.

[Cenę tę Wykonawca winien wpisać do Formularza oferty stanowiącego Załącznik nr 2 do SWZ]

.....
Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę (osoby) uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy