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

*(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

1. 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*