

**SPECJALNY  
OŚRODEK SZKOLNO-WYCHOWAWCZY  
dla Nieślyszących i Słabosłyszacy**  
47-400 Racibórz, ul. K. Miarki  
tel./fax: 032/ 415 30 01, 032/ 415 22 50  
NIP 639-16-98-314  
REGON 000193074

Racibórz, dnia 26.04.2022

### Zaproszenie do złożenia oferty

1. Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy w Raciborzu, ul. Karola Miarki 4, 47-40 Racibórz - (w skrócie SOSWNiS) zaprasza do złożenia oferty na przeprowadzenie badań lekarskich z zakresu medycyny pracy–profilaktycznych **dla kandydatów / uczniów szkół branżowych funkcjonujących w SOSWNiS**, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.
2. Badania przeprowadzane na podstawie skierowania wystawionego przez SOSWNiS finansowane będą przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach, na podstawie stosownej umowy.
3. Planuje się skierować na badania ok. 50 kandydatów / uczniów. Liczba ta może ulec zmianie jeśli wystąpią czynniki niezależne od zamawiającego.
4. W załączniku wykaz zawodów i liczba osób podlegających badaniom.
5. W Formularzu ofertowym prosimy o podanie ceny brutto za badanie jednej osoby.
6. Na ofertę oczekujemy do **dnia 5 maja 2022r do godz. 9:00**
7. Ofertę należy złożyć elektronicznie pod adres e-mail: [zamowienia@soswnis.pl](mailto:zamowienia@soswnis.pl)
8. Z wykonawcą, który zaoferuje najniższą cenę zamierzamy zawrzeć umowę na okres 1 roku.
9. Szczegółowe warunki umowy trójstronnej pomiędzy naszą placówką, Wykonawcą i Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy w Katowicach, zostaną ustalone w drodze negocjacji z wybranym Wykonawcą.

Zapraszamy do złożenia oferty.

W załączeniu:

Zał. 1 - Formularz Oferty

DYREKTOR OŚRODKA

*mgr Agata Tańska*

Pełna nazwa Wykonawcy (imię, nazwisko,  
nazwa  
Przedsiębiorcy/firma): \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Adres e-mail \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_

Osoba uprawniona do reprezentacji,  
w tym do podpisania umowy: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

W odpowiedzi na Zaproszenie do złożenia oferty

1. Wykonawca oświadcza, że posiada uprawnienia do wykonywania zadań służby medycyny pracy stosownie do potrzeb Zamawiającego.
2. Usługa zrealizowana będzie własnymi siłami/z pomocą podwykonawcy\* który realizować będzie część zamówienia obejmującą badania:.....
3. Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę .....zł brutto za badanie jednej osoby.

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

PODPIS I PIECZĘĆ WYKONAWCY

.....

\* Niewłaściwe skreślić (w przypadku niedokonania skreślenia, Zamawiający uzna, iż usługa realizowana będzie własnymi siłami).