

## Zaproszenie do złożenia oferty

1. Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy Dla Niestyszących i Słabosłyszących w Raciborzu, ul. Karola Miarki 4, 47-40 Racibórz - (w skrócie SOSWNIŚ) zaprasza do złożenia oferty na przeprowadzenie badań lekarskich z zakresu medycyny pracy–profilaktycznych dla kandydatów / uczniów Szkół branżowych funkcjonujących w SOSWNIŚ, 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 SOSWNIŚ finansowane będą przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach, na podstawie stosownej umowy.
3. Planuje się skierować na badania 92 kandydatów / uczniów. Liczba ta może ulec zmianie jeśli wystąpią czynniki niezależne od zamawiającego.
4. W Formularzu ofertowym prosimy o podanie ceny brutto za badanie jednej osoby.
5. Na ofertę oczekujemy do dnia **6 marca 2024r do godz. 9:00**
6. Ofertę należy złożyć elektronicznie pod adres e-mail: [zamowienia@soswnis.pl](mailto:zamowienia@soswnis.pl)
7. Z wykonawcą, który zaoferuje najniższą cenę zamierzamy zawrzeć umowę na okres 1 roku.
8. 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.

Kontakt w sprawie:

Gabriela Nowak – specjalista ds. finansów  
Specjalny Ośrodek Szkolno – Wychowawczy  
dla Niestyszących i Słabosłyszących  
ul. Karola Miarki 4, 47-400 Racibórz  
tel. 32415 30 01  
e-mail: [zamowienia@soswnis.pl](mailto:zamowienia@soswnis.pl)

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).