**ОБРАЗЦЫ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ, ВКЛЮЧАЕМЫХ В СОСТАВ ЗАЯВКИ**

**Коммерческое предложение**

**начало формы**

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Коммерческое предложение**

На **оказание услуг по проведению периодического медицинского осмотра** в соответствии с Запросом на предоставление предложения поставщика.

Наименование и адрес Участника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим мы подтверждаем, что изучили Техническое задание и Проект договора и согласны оказать услуги по проведению периодического медицинского осмотра работников АО «ЗПП», полностью соответствующие требованиям Заказчика, изложенным в приложении №1 к запросу.

***Количество и стоимость обследований:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование каждой единицы товара, работы, услуги | Единица измерения | Кол-во\* | Цена за ед. руб. с НДС\*\* | Цена всего руб. с НДС\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 |  |  |
| 1 | Прием терапевта | прием | 665 |  |  |
| 2 | Прием невролога | прием | 665 |  |  |
| 3 | Прием психиатра | прием | 665 |  |  |
| 4 | Прием нарколога | прием | 665 |  |  |
| 5 | Прием акушера – гинеколога | прием | 370 |  |  |
| 6 | Прием оториноларинголога | прием | 515 |  |  |
| 7 | Прием офтальмолога | прием | 658 |  |  |
| 8 | Прием дерматовенеролога | прием | 419 |  |  |
| 9 | Прием хирурга | прием | 458 |  |  |
| 10 | Прием стоматолога | прием | 212 |  |  |
| 11 | Расчет на основании антропометрии индекса массы тела | исследование | 665 |  |  |
| 12 | Общий анализ крови | исследование | 665 |  |  |
| 13 | Клинический анализ мочи | исследование | 665 |  |  |
| 14 | Электрокардиография в покое | исследование | 665 |  |  |
| 15 | Измерение артериального давления на периферических артериях | исследование | 665 |  |  |
| 16 | Определение уровня общего холестерина в крови | исследование | 665 |  |  |
| 17 | Исследование уровня глюкозы в крови натощак | исследование | 665 |  |  |
| 18 | Флюорография легких в двух проекциях (прямая и боковая) | исследование | 400 |  |  |
| 19 | Цифровая рентгенография легких в 2х проекциях | исследование | 265 |  |  |
| 20 | Рентгенография длинных трубчатых костей (фтор и его соединения) | исследование | 5 |  |  |
| 21 | Бактериологическое исследование | исследование | 370 |  |  |
| 22 | Цитологическое исследование | исследование | 370 |  |  |
| 23 | Ультразвуковое исследование органов малого таза | исследование | 370 |  |  |
| 24 | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости | исследование | 126 |  |  |
| 25 | Ультразвуковое исследование щитовидной железы | исследование | 15 |  |  |
| 26 | Спирометрия | исследование | 401 |  |  |
| 27 | Пульсоксиметрия | исследование | 336 |  |  |
| 28 | Визометрия | исследование | 647 |  |  |
| 29 | Тонометрия | исследование | 217 |  |  |
| 30 | Периметрия | исследование | 411 |  |  |
| 31 | Паллестезиметрия | исследование | 42 |  |  |
| 32 | Биомикроскопия | исследование | 180 |  |  |
| 33 | Биомикроскопия глаза | исследование | 585 |  |  |
| 34 | Офтальмоскопия глазного дна | исследование | 46 |  |  |
| 35 | Определение бинокулярного зрения | исследование | 142 |  |  |
| 36 | Исследование аккомодации | исследование | 142 |  |  |
| 37 | Исследование цветоощущения | исследование | 142 |  |  |
| 38 | Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам | исследование | 25 |  |  |
| 39 | Рефрактометрия (или скиаскопия) | исследование | 282 |  |  |
| 40 | Исследование уровня ретикулоцитов в крови | исследование | 269 |  |  |
| 41 | Исследование уровня метгемоглобина в крови | исследование | 145 |  |  |
| 42 | Исследование уровня карбоксигемоглобина в крови | исследование | 102 |  |  |
| 43 | Исследование уровня тромбоцитов в крови | исследование | 88 |  |  |
| 44 | Исследование крови на сифилис | исследование | 24 |  |  |
| 45 | Исследование уровня дельта аминолевулиновой кислоты или копропорфирина в моче | исследование | 70 |  |  |
| 46 | Исследования на гельминтозы | исследование | 24 |  |  |
| 47 | Исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций и  серологическое обследование на брюшной тиф | исследование | 10 |  |  |
| 48 | Тональная пороговая аудиометрия | исследование | 442 |  |  |
| 49 | Исследование функций вестибулярного аппарата | исследование | 408 |  |  |
| 50 | Исследование функций вестибулярного анализатора | исследование | 25 |  |  |
| 51 | Психофизиологическое исследование | исследование | 15 |  |  |
| 52 | Определение абсолютного сердечно – сосудистого риска | исследование | 375 |  |  |
| 53 | Определение относительного сердечно – сосудистого риска | исследование | 290 |  |  |
| 54 | Измерение внутриглазного давления | исследование | 375 |  |  |
| 55 | Маммография обеих молочных желез в 2х проекциях | исследование | 203 |  |  |
| 56 | Электроэнцефалография | исследование | 18 |  |  |
| 57 | Мазок из зева и носа на наличие патогенного стафилококка | исследование | 5 |  |  |

\* Кол-во приемов специалистов и исследований может быть изменено, т.к. согласно п. 28. Приложения № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 29н «Врачебная комиссия медицинской организации на основании указанных в поименном списке вредных и (или) опасных производственных факторов или работ с учетом результатов ранее проведенных (не позднее одного года) предварительного или периодического осмотра, диспансеризации, иных медицинских осмотров, подтвержденных документами, в том числе полученных с применением электронного обмена между медицинскими организациями определяет необходимость участия в периодических осмотрах соответствующих врачей – специалистов, а также виды и объемы необходимых лабораторных и функциональных исследований.»

**НДС\*\***- если применим

Итого на общую сумму, *рублей*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), в том числе НДС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать сумму цифрами и прописью) (указать цифрами и прописью, если применим)

**Оказание услуг осуществляется на следующих условиях:**

Срок оказания услуг: Общий срок оказания услуг по проведению медицинских осмотров – с момента подписания настоящего Договора по 18.10.2024.

Полное обследование работника проводится за один рабочий день.

Условия оплаты: Заказчик осуществляет 100 % оплату за фактически оказанные услуги на основании выставленного счета Исполнителя в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента подписания Сторонами Акта сдачи-приемки оказанных услуг, подписанного представителями двух сторон.

Срок действия настоящего коммерческого предложения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать срок действия, но не менее чем до 22 июля 2024 г.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П.

**КОНЕЦ ФОРМЫ**

**Сведения об участнике процедуры закупки**

*В графе 11«Банковские реквизиты…» указываются реквизиты, которые будут использованы при заключении Договора*]

**НАЧАЛО ФОРМЫ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование параметра | Сведения об участнике |
|  | Полное фирменное наименование Общества на русском языке |  |
|  | Сокращенное фирменное наименование Общества на русском языке |  |
|  | Место нахождения (для юридического лица) / сведения о месте регистрации (для физического лица) |  |
|  | Почтовый адрес |  |
|  | ИНН участника |  |
|  | КПП участника |  |
|  | ОГРН участника |  |
|  | ОКПО участника |  |
|  | Система налогообложения |  |
|  | Дата постановки на налоговый учет |  |
|  | Банковские реквизиты (наименование банка, номер расчетного счета в банке, кор.счет, БИК, ИНН банка) |  |
|  | Контактные телефоны участника процедуры закупки (с указанием кода города) |  |
|  | Факс Участника (с указанием кода города) |  |
|  | Адрес электронной почты участника процедуры закупки |  |
|  | Ф.И.О. руководителя Участника, имеющего право подписи согласно учредительным документам Участника, с указанием должности и контактного телефона |  |
|  | Ф.И.О. контактного лица участника процедуры закупки с указанием должности, контактного телефона и адреса электронной почты |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П.

**КОНЕЦ ФОРМЫ**