***Formular nr. 1***

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

***DECLARAŢIE DE CONFIDENŢIALITIATE***

Subsemnatul …………… născut in ………., judeţul ……….., la data de ……………, CNP…………………………….…….posesor al B.I./C.I. seria GL nr. ………….. eliberat de Pliţia …………. la data de ………… cu domiciliul stabil în localitatea ……………………judeţul ………….. str. ……………… nr. …… bl. …… sc. ……. et. ………. ap. 38………… în calitate de medic specialst Medicina Muncii, mă angajez să păstrez cu stricteţe confidenţialitatea, asupra tuturor datelor şi informaţiilor ce-mi vor fi încrediţate, să respect întocmai normele legate de evidenţe, manipularea, păstrarea şi furnizarea informaţiilor, datelor şi documentelor.

Sunt conştient că în cazul încălcării dispoziţiilor privind confidenţialitatea asupra activitatii desfăşurate, divulgarea oricăror date şi informaţii- voi răspunde potrivit legi ce se impune sub secţiune panală, in raport cu gravitatea faptei.

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului .....................................................*

*Numele şi prenumele semnatarului .....................................................*

*Capacitate de semnătura .....................................................*

*Detalii despre ofertant*

*Numele ofertantului .....................................................*

*Ţara de reşedinţă .....................................................*

*Adresa .....................................................*

*Adresa de corespondenţă (dacă este diferită) .....................................................*

*Telefon / Fax .....................................................*

*Data .....................................................*

***Formular nr.2***

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

Declaraţie privind respectarea independenţei profesioanale a  
medicului de medicina muncii

Subsemnatul …………. născut in ……………, judelui ……………, la data de ……………….. CNP: ……………, posesor al B.I./C.I. seria GL, nr. ……………….., eliberat de Pliţia ……………., la data de …………….., cu domiciliul stabil in localitatea ……………, judeţul …………., str. …………, nr. …………, bl**.** ………… ,sc. ……… ,et. …………, ap. ………., în calitate de medic specialist de Medicina Muncii, declar pe proprie răspundere ca voi respecta independenţa profesională pentru specializarea pe care o deţin, potrivit următoarelor articole din Codul de Deontologie Medicala al Colegiului Medicilor din România:

**ART. 6 Independenţa profesională**

Medicul este dator să stăruie şi să îşi apere independenţa profesională, fiind interzisă orice determinare a actului medical ori a deciziei profesionale de raţiuni de rentabilitate economică sau de ordin administrativ.

**ART. 7 Caracterul relaţiei medic-pacient**

Relaţia medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională şi se va clădi pe respectul acestuia faţă de demnitatea umană, pe înţelegere şi compasiune faţă de suferinţă.

**ART. 8 Obligaţia diligenţei de mijloace**

Medicul îşi va dedica întreaga ştiinţă şi pricepere în interesului pacientului său şi va depune toată diligenţa pentru a se asigura că decizia luată este corectă, iar pacientul beneficiază de maximum de garanţii în raport de condiţiile concrete, astfel încât starea sa de sănătate să nu aibă de suferit.

**ART. 9 Principiul specializării profesionale**

Cu excepţia unor cazuri de urgenţă vitală, medicul acţionează potrivit specialităţii, competenţelor şi practicii pe care le are.

**ART. 10 Respectul faţă de confraţi**

De-a lungul întregii sale activităţi, medicul îşi va respecta confraţii, ferindu-se şi abţinându-se să-i denigreze ori să aducă critici cu privire la activitatea profesională a acestora.

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului .....................................................*

*Numele şi prenumele semnatarului .....................................................*

*Capacitate de semnătura .....................................................*

*Detalii despre ofertant*

*Numele ofertantului .....................................................*

*Ţara de reşedinţă .....................................................*

*Adresa .....................................................*

*Adresa de corespondenţă (dacă este diferită) .....................................................*

*Telefon / Fax .....................................................*

*Data .....................................................*

***Formular nr. 3***

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

**DECLARAȚIE**

**privind conflictul de interese**

**pentru ofertanţi/ ofertanţi asociaţi/ subcontractanţi/terţi susţinători**

Subsemnatul,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nume și prenume),* domiciliat (a) in .............. ………………………………….... (adresa de domiciliu), identificat (a) cu act de identitate (CI/pasaport), seria .................., nr. ................, eliberat de .............., la data de .................., CNP .........................., reprezentant legal autorizat al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(denumirea/numele şi sediul/adresa ofertantului)*, în calitate de ofertant/ ofertant asociat/ subcontractant /terţ susţinător( după caz), la procedura de atribuire a contractului de achiziţie publică având ca obiect **…………………………………………………………………………………………………………………..** la data de .................. (zi/lună/an), organizată de …………………………, declar pe proprie răspundere, sub sancţiunea excluderii din procedură şi sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, că în calitate de participant la acestă procedură nu ne aflăm într-o situație de conflict de interese în sensul art. 59 și art.60 din Legea nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare.

- *situația în care ofertantul individual/ofertantul asociat/candidatul/subcontractantul propus/terțul susținător are drept membri în cadrul consiliului de administrație/organului de conducere sau de supervizare și/sau are acționari ori asociați semnificativi persoane care sunt soț/soție, rudă sau afin până la gradul al doilea inclusiv ori care se află în relații comerciale cu persoane cu funcții de decizie în cadrul Autorității/entității contractante sau al furnizorului de servicii de achiziție implicat în procedura de atribuire;*

*- situația în care ofertantul/candidatul a nominalizat printre principalele persoane desemnate pentru executarea contractului persoane care sunt soț/soție, rudă sau afin până la gradul al doilea inclusiv ori care se află în relații comerciale cu persoane cu funcții de decizie în cadrul Autorității/entității contractante sau al furnizorului de servicii de achiziție implicat în procedura de atribuire.*

Subsemnatul declar că informaţiile furnizate sunt complete şi corecte în fiecare detaliu şi înţeleg că autoritatea contractantă are dreptul de a solicita, în scopul verificării şi confirmării declaraţiilor, orice documente doveditoare de care dispunem. Inteleg că în cazul în care aceasta declarație nu este conformă cu realitatea sunt pasibil de încălcarea prevederilor legislației penale privind falsul în declarații.

Anexat este lista acţionarilor/asociaţilor /membrilor consiliului de administraţie/organ de conducere sau de supervizare / persoane împuternicite din cadrul Universitatii “Dunarea de Jos” din Galati.

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului ..........................................*

*Numele şi prenumele semnatarului ..........................................*

*Capacitate de semnătura ..........................................*

*Detalii despre ofertant(adresa de e-mail)*

*Numele ofertantului ...........................................*

*Ţara de reşedinţă .............................................*

*Adresa .............................................*

*Adresa de corespondenţă (dacă este diferită) .....................................................*

*Telefon / Fax ...........................................*

*Data*

Lista acţionari/asociaţi /membri în consiliul de administraţie/organ de conducere sau de supervizare / persoane împuternicite din cadrul Universitatii “Dunarea de Jos” din Galati denumirea/numele ofertantului.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr. Crt. | Numele şi Prenumele | Funcţia în cadrul ofertantului |
| 1. | Prof. univ. dr. ing. Puiu - Lucian GEORGESCU | Rector |
| 2. | Prof. univ. dr. Nicoleta BĂRBUȚĂ - MIȘU | PRORECTOR responsabil cu managementul financiar și strategiile administrative |
| 3. | Prof. dr. ing. Elena MEREUȚĂ | PRORECTOR responsabil cu activitatea didactică și asigurarea calității |
| 4. | Dragoş Alexandru OPREANU | PRORECTOR responsabil cu managementul resurselor umane și juridic |
| 5. | Prof. univ. dr. ec. dr. ing. habil. Silvius STANCIU | PRORECTOR responsabil cu activitatea de cercetare, dezvoltare, inovare și parteneriatul cu mediul economico-social |
| 6. | Conf. dr. ing. Ciprian VLAD | PRORECTOR responsabil cu strategiile universitare și parteneriatul cu studenții |
| 7. | Prof. dr. ing. Eugen-Victor-Cristian RUSU | Director C.S.U.D. |
|  | As. dr. Nechifor Alexandru | PRORECTOR cu activitatea privind strategiile si relaţiile instituţionale; |
| 8. | Ing. Romeu HORGHIDAN | Director Direcția Generală Administrativă |
| 9. | Ec. Neculai SAVA | Director Interimar Directia Economica |
|  | Ec. Marian DĂNĂILĂ | Director Interimar Direcția Achiziții Publice și Monitorizare Contracte |
| 12. | Daria BORTNIC | Sef Serviciu Interimar Serviciul Financiar |
| 13. | Emilia Daniela ȚIPLEA | Sef Serviciu Interimar Serviciul Contabilitate |
| 14. | Ec. Maricica FELEA | Șef serviciu financiar |
| 15. | Margareta DĂNĂILĂ | Administrator financiar |
| 16. | Aurelia-Daniela MODIGA | Administrator financiar |
| 17. | Doina SABABEI | Administrator financiar |
| 18. | Ec. Mariana PLAȘOIANU | Administrator financiar |
| 19. | Oana CHICOȘ | Consilier juridic |
| 20. | Elena-Marinela OPREA | Consilier juridic |
| 21. | Andreea ALEXA | Consilier juridic |
| 22. | Ing. Bianca MAFTEI | Administrator de patrimoniu |
| 23. | Ing. Monica BEDROSIAN | Administrator de patrimoniu |
| 24. | Ec. Monica LUNGU | Administrator financiar |
| 25. | Dr. Anca ALDEA | Medic Compartiment Medicină |
| 26. | Ing. Zamfir ȘERBAN | Șef birou pază |

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului ..........................................*

*Numele şi prenumele semnatarului ..........................................*

*Capacitate de semnătura ..........................................*

*Detalii despre ofertant(adresa de e-mail)*

*Numele ofertantului ...........................................*

*Ţara de reşedinţă .............................................*

*Adresa .............................................*

*Adresa de corespondenţă (dacă este diferită) ............................................*

*Telefon / Fax ...................................................*

*Data ..................................................*

***Formular nr. 4***

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

***declaratie privind SANATATE SI SECURITATEA IN muncA***

Subsemnatul ........................... (nume si prenume), reprezentant împuternicit al ……………………….. (denumirea operatorului economic), declar pe propria raspundere ca ma anagajez sa prestez serviciile pe parcursul îndeplinirii contractului, în conformitate cu regulile obligatorii referitoare la conditiile de munca si de protectie a muncii, care sunt în vigoare în România.

De asemenea, declar pe propria raspundere ca la elaborare ofertei am tinut cont de obligatiile referitoare la conditiile de munca si de protectie a muncii, si am inclus costul pentru îndeplinirea acestor obligatii*.*

Totodată, declar ca am luat la cunoştinţa de prevederile art 326 « Falsul în Declaraţii » din Codul Penal referitor la « Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcuta unui organ sau instituţii de stat ori unei alte unităţi în vederea producerii unei consecinţe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit legii ori împrejurărilor, declaraţia făcuta serveşte pentru producerea acelei consecinţe, se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amenda*»*

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului .....................................................*

*Numele şi prenumele semnatarului .....................................................*

*Capacitate de semnătura .....................................................*

*Detalii despre ofertant*

*Numele ofertantului .....................................................*

*Ţara de reşedinţă .....................................................*

*Adresa .....................................................*

*Adresa de corespondenţă (dacă este diferită) .....................................................*

*Telefon / Fax .....................................................*

*Data .....................................................*

***Formular nr. 5***

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

***Declaraţie privind partea/părţile din contract care sunt***

***îndeplinite de subcontractanti şi specializarea acestora***

***Titlul contractului:*** *…………………………………………*

Subsemnatul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,reprezentant/ împuternicit al ................................................................................, (denumirea/numele şi sediul/adresa /ofertantului) declar pe propria răspundere, sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, că datele prezentate în tabelul anexat sunt reale.

Subsemnatul declar că informaţiile furnizate sunt complete şi corecte în fiecare detaliu şi înţeleg că autoritatea contractantă are dreptul de a solicita, în scopul verificării şi confirmării declaraţiilor, situaţiilor şi documentelor care însoţesc oferta, orice informaţii suplimentare în scopul verificării datelor din prezenta declaraţie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Denumire sub-contractant | Partea/părţile din contract ce urmează a fi subcontractate | Procentul aferent parţilor din contract ce urmează a fi subcontractate (%) | Acord sub-contractor cu specimen de semnătura şi stampila |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Subsemnatul autorizez prin prezenta orice instituţie, societate comercială, bancă, alte persoane juridice să furnizeze informaţii reprezentanţilor autorizaţi ai................... Str............ nr. .., cod ....... .cu privire la orice aspect tehnic şi financiar în legătura cu activitatea noastră.

Prezenta declaraţie este valabilă până la data de ………………………………………… (se precizează data expirării perioadei de valabilitate a ofertei)

Totodată, declar ca am luat la cunoştinţa de prevederile art 326 « Falsul în Declaraţii » din Codul Penal referitor la « Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcuta unui organ sau instituţii de stat ori unei alte unităţi dintre cele la care se refera art. 145, în vederea producerii unei consecinţe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit legii ori împrejurărilor, declaraţia făcuta serveşte pentru producerea acelei consecinţe, se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amenda »

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului .....................................................*

*Numele şi prenumele semnatarului ......................................................*

*Capacitate de semnătură .......................................................*

*Detalii despre ofertant*

*Numele ofertantului .....................................................*

*Ţara de reşedinţă .....................................................*

*Adresa .....................................................*

*Adresa de corespondenţă (dacă este diferită) .....................................................*

*Telefon / Fax .....................................................*

*Data ...........................................*

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

***Formular nr. 6***

## *PROPUNERE TEHNICA*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nr. crt* | *Cerinţe autoritate contractantă* | *Ofertă prestator* |
| *1.* | Efectuarea examenului clinic general, pentru controlul medical periodic, pentru angajaţii Universităţii ,,Dunărea de Jos" din Galaţi, în număr de **1230** (1170 – spaţiu învăţământ + 60 – spaţiu cazare)**,** se va efectua la Compartimentul de Medicină al Universităţii, situat în "Campus Gării", Cămin IA, str. Gării nr.61-63, Galaţi.  Pentru angajaţii de la Facultatea Transfrontalieră, din Republica Moldova, în număr de **80 cadre didactice**, examenele medicale se vor efectua la Chişinău, respectiv Cahul, caravana urmând a se deplasa la sediile acestei facultăţi.  Controlul medical periodic se va efectua pe baza unei programări agreate de Universitate, Compartimentul de Medicină al Universităţii şi prestatorul de medicina muncii.  Compartimentul Intern de Prevenire şi Protecţie PSI şi Mediu, va întocmi o documentaţie ce va cuprinde fişele de expunere la riscuri profesionale pe categoriile de meserii din cadrul Universităţii “Dunărea de Jos” din Galaţi, documentaţie care va fi avizată de conducerea universitătii. | *SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE prestator DACĂ RESPECTĂ CERINȚELE SOLICITATE* |
| *2.* | Prestatorul de medicina muncii va transmite către beneficiar rezultatele analizelor medicale (coproparazitologic , coprobacteriologic).  Dosarele medicale vor avea anexate rezultatele examenelor şi analizelor medicale, acolo unde este cazul.  La încheierea contractului, prestatorul de medicina muncii va preda dosarele medicale şi fişele de identificare a factorilor de risc rofessional, beneficiarului. | *SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE prestator DACĂ RESPECTĂ CERINȚELE SOLICITATE* |
| *3* | Prestatorul de medicina muncii va finaliza controlul prin eliberarea fişelor de aptitudini de către medicul de medicina muncii, în două exemplare, conform anexei 5, din HG nr. 355/2007.  Pentru **personalul încadrat în siguranţa circulaţiei,** prestatorulva finaliza controlul prin eliberarea următoarelor acte:   1. fişa de aptitudini – apt/inapt conducător auto transport mărfuri generale şi persoane; 2. aviz medical – apt/inapt conducător auto transport mărfuri generale şi persoane; 3. aviz psihologic – apt/inapt conducător auto transport mărfuri generale şi persoane.   **Prestatorul va preda fişele de aptitudini în termen de 5 (cinci) zile lucrătoare de la data examinării**.  Controlul medical periodic poate varia funcţie de fluctuaţia examenelor medicale realizate. | *SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE prestator DACĂ RESPECTĂ CERINȚELE SOLICITATE* |
| *4.* | Prestarea tuturor serviciilor din prezentul caiet de sarcini va începe în data de **01.05.2021** si se va finaliza în data de **31.12.2021,** urmând ca după această perioadă să se închieie un act adițional pentru prelungirea contractului pe 4 luni în funcție de necesități.  **Perioada de valabilitate a ofertei este de minim 45 de zile.** | *SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE prestator DACĂ RESPECTĂ CERINȚELE SOLICITATE* |
| *4* | **SERVICIILE PE CARE PRESTATORUL VA TREBUI SĂ LE EFECTUEZE SUNT:**   * Stabilirea aptitudinii în muncă și eliberarea fișei de aptitudine; * Monitorizarea stării de sănătate a angajaților prin: * control medical periodic - stabileşte aptitudinea în muncă; * control medical de adaptare – stabilește aptitudinea în muncă a persoanelor angajate în locuri de muncă cu risc dovedit sau potenţial; * control medical la reluarea activității - pentru persoanele ce întrerup activitatea mai mult de 30 de zile din motive medicale, stabilește aptitudinea în muncă. * Evaluarea riscului privind îmbolnăvirile profesionale; această evaluare va aborda – funcţie de context profesional – aspecte ergonomice si ale stress-ului ocupaţional; * Colaborarea în permanență cu Medicul de Familie al personalului angajat pentru informarea asupra stării de sănătate, conform prevederilor Securităţii Sănatatii în Muncă. Solicitarea acestuia pentru preluarea și monitorizarea afecțiunilor descoperite în cadrul controlului medical de Medicina Muncii. Solicitarea medicului de familie de a investiga suplimentar prin consulturi de specialitate și/sau investigații paraclinice decontate prin sistemul asigurărilor de stat; * Monitorizarea afecțiunilor angajaților prin luarea în evidență a certificatelor de concediu medical și urmărirea evoluției pacienților; * Participarea la evaluarea riscurilor privind îmbolnăvirile profesionale și accidentele de muncă; * Consilierea angajatului cu privire la activității de reabilitare, reconversie, reorientare profesională în caz de accident de muncă sau boală profesională; * Comunicarea existenței riscului de îmbolnăvire profesională; * Consultanță de specialitate și legislație în probleme de medicina muncii; * Consilierea angajatorului pentru elaborarea strategiei de securitate și sănătate la locul de muncă; * Consilierea angajatorului privind adaptarea muncii și a locului de muncă la caracteristicile psihofiziologice ale angajaților; * Efectuarea analizelor medicale obligatorii conform legislației în vigoare pentru fiecare categorie profesională în parte. | *SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE FURNIZOR DACĂ RESPECTĂ CERINȚELE SOLICITATE* |

***OBSERVAŢIE:***

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului .....................................................*

*Numele şi prenumele semnatarului .....................................................*

*Capacitate de semnătura ..................................................*

*Detalii despre ofertant* …………………………………..

***Adresa de e-mail*** *………………………………………*

*Numele ofertantului ……………………………………*

*Ţara de reşedinţă .....................................................*

*Adresa .....................................................*

*Adresa de corespondenţă (dacăestediferită) .....................................................*

*Telefon / Fax .....................................................*

*Data .....................................................*

***FORMULARUL nr. 7***

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

***FORMULAR DE OFERTĂ***

Examinând documentația de atribuire, subsemnatul/ subsemnații, reprezentanți ai ofertantului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(denumirea/numele ofertantului), ne oferim ca, în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în documentația mai sus menționată, să prestam **servicii medicale de medicina muncii, analize medicale,eliberare aviz medicina muncii pentru toate categoriile de personal din cadrul instituției, pentru perioada mai- decembrie 2021, cu posibilitatea prelungirii cu 4 luni în funcție de necesități**  pentru suma de ...................................(suma în litere și în cifre), plătibilă în RON, dupa receptia serviciilor, la care se adauga taxa pe valoarea adaugata in valoare de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lei.(suma in litere si in cifre)

-Ne angajăm ca, în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în documentația mai sus mentionată să prestam **……………………………………………………………………………………………..…………**cu respectarea tuturor cerințelor din Caietul de Sarcini și documentatia de atribuire, prezenta declaratie facând parte din propunerea tehnică pe care o formulăm. De asemenea, ne asumăm angajamentul de a onora toate solicitările autorității contractante privind prestarea serviciilor.

-Ne angajam ca, in cazul in care oferta noastra este stabilita castigatoare, sa prestam serviciile in graficul de timp anexat.

-Ne angajăm să menținem această ofertă valabilă pentru o durată de 45 zile, (durata în litere și cifre), și ea va rămâne obligatorie pentru noi și poate fi acceptată oricând înainte de expirarea perioadei de valabilitate.

-Până la încheierea și semnarea contractului, această ofertă, împreună cu comunicarea transmisă de dumneavoastră, prin care oferta noastră este stabilită caștigătoare, vor constitui un contract angajant între noi.

Precizam ca:

|\_| depunem oferta alternativa, ale carei detalii sunt prezentate intr-un formular de oferta separat, marcat in mod clar "alternativa";

|\_| nu depunem oferta alternativa. *(se bifeaz aoptiunea corespunzatoare)*

**Intelegem ca nu sunteti obligati sa acceptati oferta cu cel mai scazut pret sau orice alta oferta pe care o puteti primi.**

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului. ...................................................*

*Numele şi prenumele semnatarului .....................................................*

*Capacitate de semnătura .....................................................*

*Detalii despre ofertant* ……………………………………

***Adresa de e-mail*** ………………………………….

*Numele ofertantului .....................................................*

*Ţara de reşedinţă .....................................................*

*Adresa .....................................................*

*Adresa de corespondenţă (dacăestediferită) .....................................................*

*Telefon / Fax .....................................................*

*Data .....................................................*

***FORMULARUL nr .8***

*Operator Economic*

*..........................*

*(denumirea)*

***CENTRALIZATOR DE PREŢURI***

**LOTUL 1 - SERVCII DE MEDICINA MUNCII**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  **crt.** | **Denumire**  **(prod., serv., lucrare)** | **Cantitatea solicitata**  **Buc.** | **Pret unitar RON**  **fara TVA** | **Pret total RON**  **fara TVA** | **Taxa pe valoarea adaugata RON** |
| **SERVICII DE MEDICINA MUNCII – SPAŢII ÎNVĂŢĂMÂNT** | | | | | |
|  | **examene medicale pentru electricieni şi fochişti** (cf.fişei 123 si 124 - ex.oftalmologic; EKG; glicemie, audiogramă; examen neurologic, examen clinic general şi aviz medicina muncii pentru „apt înălţime”) | 32 |  |  |  |
|  | **examene medicale pentru zidar&zugrav** (cf.fişei 123 - ex.oftalmologic; EKG; glicemie, audiogramă; examen neurologic, examen clinic general şi aviz medicina muncii pentru „apt înălţime”) | 8 |  |  |  |
|  | **Examene medicale ptr. personalul care lucrează cu agenți biologici**  (cf.fişei 121 – examen coprobacteriologic – identificare bacteriană; exudat faringian – identificare bacteriană şi fungică; homoleucogramă completă; examen clinic general şi aviz medicina muncii) - **Rezultatele analizelor medicale se vor anexa la dosarele medicale** | 10 |  |  |  |
|  | **Examene medicale ptr. personalul care lucrează în mediu cu radiaţii ionizante**  (cf.fişei 102 – examen oftalmologic cu fund de ochi; homoleucogramă completă cu numărătoare de reticulocite, examen psihologic) - **Rezultatele analizelor/ examenelor medicale se vor anexa la dosarele medicale** | 4 |  |  |  |
|  | Servicii de analize medicale **pentru personal pază** (cf.fişei 143 – glicemie, EKG; examen clinic general şi aviz medicina muncii) - **Rezultatele analizelor medicale se vor anexa la dosarele medicale** | 70 |  |  |  |
|  | **Examene medicale** **pentru personalul ce lucrează în spălătorie şi staţiile pilot** (cf.fişei 128; 134 – coprobacteriologic, coproparazitologic; examen clinic general şi aviz medicina muncii) - **Rezultatele analizelor medicale se vor anexa la dosarele medicale** | 6 |  |  |  |
|  | **Examene medicale** **pentru personalul care asigura întreţinerea curăţeniei** (cf.fişei 133 – coproparazitologic; examen clinic general şi aviz medicina muncii) - **Rezultatele analizelor medicale se vor anexa la dosarele medicale** | 70 |  |  |  |
|  | **Examen medical periodic Medicina Muncii – clinic general** (personal didactic; personal didactic auxiliar; personal nedidactic) | 1250 |  |  |  |
|  | **Aviz medicina muncii- anual (Fişă aptitudini)** – ptr. personal didactic; personal didactic auxiliar; personal nedidactic; **(1170 buc Universitate + 80 buc Cahul = 1250 total)** | 1250 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  **crt.** | **Denumire**  **(prod., serv., lucrare)** | **Cantitatea solicitata**  **Buc.** | **Pret unitar RON**  **fara TVA** | **Pret total RON**  **fara TVA** | **Taxa pe valoarea adaugata RON** |
| **SERVICII DE MEDICINA MUNCII – SPAŢIU CĂMINE CANTINE** | | | | | |
|  | **examene medicale pentru electricieni şi fochişti** (cf.fişei 123 si 124 - ex.oftalmologic; EKG; glicemie, audiogramă; examen neurologic, examen clinic general şi aviz medicina muncii pentru „apt înălţime”) | 12 |  |  |  |
|  | **examene medicale pentru zidar/zugrav** (cf.fişei 123 - ex.oftalmologic; EKG; glicemie, audiogramă; examen neurologic, examen clinic general şi aviz medicina muncii pentru „apt înălţime”) | 5 |  |  |  |
|  | **Examene medicale pentru personalul de pază** (cf.fişei 143- – glicemie, EKG; examen clinic general şi aviz medicina muncii) - **Rezultatele analizelor medicale se vor anexa la dosarele medicale** | 45 |  |  |  |
|  | **Examene medicale** **pentru personalul care lucrează în: cantină, spălătorie** (cf.fişei 128 şi 134 – coprobacteriologic, coproparazitologic; examen clinic general şi aviz medicina muncii) - **Rezultatele analizelor medicale se vor anexa la dosarele medicale** | 35 |  |  |  |
|  | **Examen medical periodic Medicina Muncii – clinic general** (personal didactic auxiliar; personal nedidactic) | 60 |  |  |  |
|  | **Aviz medicina muncii anual (Fişă aptitudini)** – ptr. personal didactic auxiliar; personal nedidactic | 60 |  |  |  |

**LOTUL 2 - personalul încadrat în siguranţa circulaţiei & personal ce conduce maşina instituţiei**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  **crt.** | **Denumire**  **(prod., serv., lucrare)** | **Cantitatea solicitata**  **Buc.** | **Pret unitar RON**  **fara TVA** | | **Pret total RON**  **fara TVA** | **Taxa pe valoarea adaugata RON** |
| **SERVICII DE MEDICINA MUNCII – SPAŢII ÎNVĂŢĂMÂNT** | | | | | | |
| 1 | **examene medicale ptr. personalul încadrat în siguranţa circulaţiei**  (conf.Ordin 1260/2013 – analize paraclinice; examinări: medicină internă; EKG, chirurgie generală; oftalmologie; ORL; neurologie; psihiatrie; ex.psihologic; examen clinic general şi aviz medicina muncii) | 13 |  | |  |  |
| 2 | **examene medicale ptr. personalul care conduce maşina instuţiei** (cf.fişei 140 - glicemie; EKG; oftalmologie; audiogramă; ex.psihologic; examen clinic general şi aviz medicina muncii) | 10 |  | |  |  |
| **SERVICII DE MEDICINA MUNCII – SPAŢIU CĂMINE CANTINE** | | | | | | |
| 3 | **examene medicale pentru personalul care conduce maşina instuţiei** (cf.fişei 140 -glicemie; EKG; oftalmologie; audiogramă; ex.psihologic; examen clinic general şi aviz medicina muncii) | 7 | |  |  |  |

**LOTUL 3 - Personalul care lucrează în mediu cu radiaţii ionizante**

**Rezultatele analizelor/ examenelor medicale se vor anexa la dosarele medicale**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  **crt.** | **Denumire**  **(prod., serv., lucrare)** | **Cantitatea solicitata**  **Buc.** | **Pret unitar RON**  **fara TVA** | **Pret total RON**  **fara TVA** | **Taxa pe valoarea adaugata RON** |
| **1** | **Examene medicale ptr. personalul care lucrează în mediu cu radiaţii ionizante**  (cf.fişei 102 – examen clinic general şi aviz medicina muncii) | 4 |  |  |  |

*Semnătura ofertantului sau a reprezentantului ofertantului .....................................................*

*Numele şi prenumele semnatarului .....................................................*

*Capacitate de semnătura .....................................................*

*Detalii despre ofertant* ……………………………………

***Adresa de e-mail*** ………………………………….

*Numele ofertantului .....................................................*

*Ţara de reşedinţă .....................................................*

*Adresa .....................................................*

*Adresa de corespondenţă (dacă este diferită) .....................................................*

*Telefon / Fax .....................................................*

*Data .................................................*