

## ZAPYTANIE OFERTOWE

Koszalin, dn. 18.11.2025 r.

Zapytanie ofertowe prowadzone jest zgodnie z „Regulaminem udzielania zamówień publicznych o wartości poniżej 130 000,00 zł w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Koszalinie”.

### I. Zamawiający:

Gmina Miasto Koszalin - Miejska Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna  
ul. Morska 43  
75-215 Koszalin,  
tel. 94 343 01 99, fax 94 343 00 81

### II. Przedmiot zamówienia:

1. Przedmiotem zamówienia jest sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i kandydatami do pracy w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Koszalinie (w ramach umowy) zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Zakres świadczeń medycznych, o których mowa w pkt 1 obejmuje w szczególności:
  - badania wstępne, okresowe i kontrolne,
  - orzecznictwo lekarskie, w przypadku badania okulistycznego wraz z ustaleniem potrzeby korekty wzroku i ustalenie parametrów szkieł korekcyjnych (recepta).
  - ocenę możliwości wykonywania pracy uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,
2. Obecnie w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Koszalinie zatrudnionych jest 40 osób. Zamawiający zastrzega, że liczba pracowników może ulec zmianie.
3. Badanie osób nastąpi na podstawie skierowania wystawionego przez Zamawiającego.
4. W postępowaniu mogą wziąć udział placówki medyczne, które posiadają zezwolenia na wykonywanie działalności z zakresu medycyny pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Miejsce przeprowadzania badań powinno znajdować się w miejscowości, w której Miejska Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Koszalinie ma siedzibę.

### III. Termin realizacji

1. Umowa będzie obowiązywać w okresie od 1 stycznia 2026 r. do 31 grudnia 2026 r.

### IV. Sposób przygotowania oferty

1. Oferty w formie pisemnej (załącznik nr 1) należy składać w siedzibie Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Koszalinie, ul. Morska 43, pok. 210, lub pocztą elektroniczną na adres: [mdrewnowska@mpp-p.com.pl](mailto:mdrewnowska@mpp-p.com.pl) **w terminie do dnia 03.12.2025 r.** Oferent przygotowuje ofertę na własny koszt.
2. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową liczy się data wpłynięcia oferty do zamawiającego, a nie data stempla pocztowego.

**DYREKTOR**  
Miejskiej Poradni  
Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Koszalinie  
mgr Agnieszka Czupajło  
pedagog

.....  
( miejscowość, data )

.....  
(pieczęć Wykonawcy, nazwa, adres)  
tel..... fax .....

.....  
.....

## OFERTA

Odpowiadając na zaproszenie do udziału w rozpoznaniu cenowym:  
***Świadczenie usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i kandydatami do pracy w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Koszalinie, ul. Morska 43 w okresie od stycznia do grudnia 2026 r.***

### 1. Badania podstawowe:

| Rodzaj badania                                                                                    | Cena jednostkowa brutto (w zł) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Badanie przez lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań profilaktycznych + wydanie orzeczenia |                                |
| Badanie okulistyczne                                                                              |                                |
| Badanie ogólne moczu                                                                              |                                |
| Morfologia krwi, OB., poziom glukozy i cholesterol całkowity                                      |                                |
| <b>Razem:</b>                                                                                     |                                |

### 2. Badania dodatkowe:

| Rodzaj badania                                                                                                              | Cena jednostkowa brutto (w zł) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Pozostałe badanie specjalistyczne (np. otolaryngologiczne, neurologiczne, dermatologiczne oraz inne zlecone według wskazań) |                                |
| Badanie EKG                                                                                                                 |                                |
| Rtg klatki piersiowej                                                                                                       |                                |
| badanie do celów sanitarno- epidemiologicznych                                                                              |                                |
| Badanie psychologiczne + test                                                                                               |                                |
| Badanie o potrzebie udzielenia urlopu na poratowanie zdrowia dla nauczycieli                                                |                                |
| <b>Razem:</b>                                                                                                               |                                |

3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Wyznaczam panią/pana .....  
tel, ..... do kontaktu z Zamawiającym.
5. Rozliczenie transakcji następować będzie przelewem. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności w rozliczeniach z Zamawiającym.

*Uwaga!*

*Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej.  
Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.*

#### **Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi.
4. Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Oświadczamy, że posiadamy wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy.
6. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostają niezmiennie przez okres obowiązywania umowy i
7. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w  
.....  
.....  
w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od..... do.....
8. Do oferty dołączamy cennik pozostałych badań nieuwzględnionych w formularzu ofertowym, **który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy.**

Miejsce i data: .....

.....  
(pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej)