



## Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Żoliborz m. st. Warszawy

ul. Dembińskiego 3; 01-644 Warszawa  
tel: 22 569-28-00; fax: 22 833-64-24  
e-mail: zolops@ops-zoliborz.waw.pl  
www.ops-zoliborz.waw.pl

PN-EN ISO 9001:2015

FW-01

Warszawa, 17 listopada 2020 r.

**Rozeznanie cenowe**  
**na podstawie art. 4 pkt. 8 Ustawy prawo zamówień publicznych**  
**(t.j Dz.U. z 2019 r. poz. 1843 z póź.zm).**

Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Żoliborz m. st. Warszawy, ul. Dembińskiego 3, jako Zamawiający, zaprasza do złożenia oferty na usługi medyczne dla pracowników Ośrodka w zakresie medycyny pracy.

**I. Zamawiający:**

**Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Żoliborz m. st. Warszawy,  
ul. Dembińskiego 3, 01-644 Warszawa.**

**II. Opis przedmiotu zamówienia:**

Zamówienie obejmuje usługi medyczne w zakresie medycyny pracy dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Żoliborz m. st. Warszawy zatrudnionych na stanowiskach urzędniczych oraz stanowiskach pomocniczych i obsługi. W zależności od stanowiska występują: praca przy monitorze ekranowym, kierowanie zespołem, stres, praca pod presją czasu, kierowanie samochodem osobowym, praca w terenie z klientem, praca na wysokości do 3 m, kontakt z gruźlicą, kontakt z żywnością. Aktualnie w Ośrodku zatrudnionych jest 67 pracowników.

Świadczenie usług medycznych dla pracowników Ośrodka będą polegały na świadczeniu usług w zakresie medycyny pracy (badania wstępne, badania okresowe i badania kontrolne) wraz z dodatkowymi specjalistycznymi badaniami konsultacyjnymi i badaniami dodatkowymi oraz będą obejmowały inne badania i czynności niezbędne z uwagi na warunki pracy dla poszczególnych stanowisk pracy lub grup stanowisk pracy.

Poniżej szacunkowa liczba pracowników przewidywanych do badań profilaktycznych w podziale na stanowiska ew. grupy stanowisk:

**Wykaz stanowisk i zagrożeń**

Lp.	Stanowisko/grupa pracownicza	Liczba pracowników szacunkowo przewidywana do badania - koszt wg obecnych cen	Zakres prac, w których mogą występować zagrożenia
1.	stanowiska kierownicze (dyrektor, z-ca dyrektora, gł. księgowy, kierownik komórki organizacyjnej)	1	praca przy monitorze, kierowanie zespołem (stres), kontakt z klientem, kontakt z żywnością
2.	pracownicy administracyjno-biurowi (podinspektor, inspektor, st. inspektor, specjalista, st. specjalista, gł. specjalista, konsultant)	12	praca biurowa, praca przy monitorze ekranowym powyżej 4h dziennie, ryzyko zarażenia chorobami zakaźnymi
3.	pracownicy socjalni (pracownik socjalny, st. pracownik socjalny, specjalista pracy socjalnej, st. specjalista pracy z rodziną, specjalista pracy z rodziną, asystent rodziny, st. asystent rodziny)	21	praca z klientem w terenie, kontakt z gruźlicą, zagrożenie grypą, zmienne warunki klimatyczne, narażenie na pogryzienie przez psa, narażenie na pogryzienie przez insekty

3.	terapeuta, instruktor terapii zajęciowej	4	praca z klientem, kontakt z żywnością, ryzyko zarażenia chorobami zakaźnymi
4.	informatyk	1	praca przy monitorze, stres praca pod presją czasu
5.	kierowca	1	kierowanie samochodem osobowym (zagrożenia wynikające z ruchu na drodze), prace gospodarcze, przenoszeniem przesylek i sprzętu, praca na wysokości do 3 m, kontakt z urządzeniami pod napięciem
6.	sprzątaczką	1	praca fizyczna wewnątrz i na zewnątrz budynku, kontakt z klientem kontakt z żywnością, praca na wysokości do 3m, chemiczne środki czystości
7.	kucharz, pomoc kuchenna	1	praca fizyczna, kontakt z żywnością,
8.	badanie okulistyczne	4	związane z pracą przy monitorze ekranowym
9.	badania Sanepid	3	kontakt z żywnością
10.	badania wstępne	15	-----
11.	badania kontrolne	2	-----

### III. Termin realizacji zamówienia:

1 grudnia 2020 r. - 30 listopada 2022 r.

### IV. Termin płatności za usługę:

Należności wynikające z realizacji przedmiotowej usługi realizowane będą na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze w terminie 21 dni od daty jej otrzymania.

Z wybraną w drodze rozeznania cenowego firmą Zamawiający zawrze umowę celem realizacji przedmiotu zamówienia.

### V. Opis sposobu przygotowania oferty:

Wykonawca w ofercie powinien wskazać koszt brutto wykonania badań wskazanych dla danego stanowiska zgodnie z formularzem ofertowym stanowiącym załącznik nr 1. Kryterium oceny ofert stanowić będzie 100% ceny brutto.

Cena powinna zawierać wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu umowy.

### VI. Osoby do kontaktu:

Dział Administracyjno-Gospodarczy

Pani Dorota Nowak tel. 22 56 92 862

### VII. Miejsce i termin składania ofert:

**Oferty należy składać w formie papierowej w kancelarii Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Żoliborz m. st. Warszawy -pok. nr 7 lub przesłać e-mailem na dres: [zolops@ops-zoliborz.waw.pl](mailto:zolops@ops-zoliborz.waw.pl), w nieprzekraczalnym terminie do dnia 19.11.2020 do godz. 16:00**

.....  
(nazwa i adres Wykonawcy)

Warszawa, dnia .....

### FORMULARZ OFERTY

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na usługi medyczne dla pracowników Ośrodka w zakresie medycyny pracy, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Lp.	Stanowisko/grupa pracownicza	Cena brutto
1.	<b>stanowiska kierownicze</b> (dyrektor, z-ca dyrektora, gł. księgowy, kierownik komórki organizacyjnej )	
2.	<b>pracownicy administracyjno-biurowi</b> (podinspektor, inspektor, st. inspektor, specjalista, st. specjalista, konsultant)	
3.	<b>pracownicy socjalni</b> (pracownik socjalny, st. pracownik socjalny, specjalista pracy socjalnej, st. specjalista pracy z rodziną, specjalista pracy z rodziną, asystent rodziny, st. asystent rodziny)	
4.	<b>informatyk</b>	
3.	<b>terapeuta, instruktor terapii zajęciowej</b>	
4.	<b>kierowca</b>	
5.	<b>kucharz, pomoc kuchenna</b>	
6.	<b>sprzątaczką</b>	
7.	<b>badanie okulistyczne związane z refundacją OPS za okulary</b>	
8.	<b>wydanie lub aktualizacja książeczki Sanepid</b>	

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

- cenę netto:..... zł; podatek VAT:..... zł
- cenę brutto: ..... zł (słownie: złotych).

1. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w rozeznaniu cenowym
2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego uwag.

Miejsce świadczenia usług: .....

Dostępność usług (dni, godziny): .....

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)