РЕПУБЛИКА СРБИЈА

AП ВОЈВОДИНА

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ВОЈВОДИНЕ

Адреса: Футошка 121, 21000 НОВИ САД

[www.izjzv.org.rs](http://www.izjzv.org.rs)

Број: 01-1269/2

Датум: 25.09.2022. године

## На основу члана 27. став 1. тачка 1. Закона о јавним набавкама („Службени гласник РС“ број 91/19) Финанасијског плана и Плана набавки Института за јавно здравље Војводине за 2023. годину на које се Закон о јавним набавкама не примењуј и Одлуке о спровођењу набавке 01-1269/1 од 11.09.2023. године, објављујемо/достављамо:

## П О З И В

**за достављање понуда**

**НА-34/2023**

Позивамо вас да доставите понуду за набавку услуга **Обављање превентивно здравствених прегледа за запослене** која је планиране у Плану набавки установе под редним бројем 2.17 а у складу са спецификацијом која се налази у прилогу овог позива.

Понуду доставити на обрасцу који се налази у прилогу овог позива. Обавезно попунити све податке у обрасцу.

**Критеријум за избор**: најнижа понуђена цена

**Услови плаћања**: на текући рачун извршиоца у року од 30 дана од дана пријема исправне фактуре.

**Начин достављања понуда**: Понуде са припадајућом документацијом се достављају путем

А) поште или лично у седишту наручиоца, на адреси: Футошка 121, 21000 Нови Сад, у затвореној коверти са назнаком „ Систематски преглед запослених “

или

Б) електронским путем на е-маил адресу: marko.nikolic@izjzv.org.rs

 Рок за подношење понуда: Рок за подношење понуда је **7** дана од дана објављивања/упућивања позива за подношење понуда, односно **до 02.10.2023**. године у 10:00 часова Све понуде које пристигну на адресу наручиоца до назначеног рока, сматраће се благовременим. Неблаговремене понуде се неће разматрати и биће неотворене враћене понуђачу.

Контакт особа: Марко Николић, телефон 063/630-025, путем електронске поште: marko.nikolic@izjzv.org.rs

**ТЕХНИЧКА СПЕЦИФИКАЦИЈА**

Предметна набавка обухвата:

* Извршење услуге обаљања превентивно здравствених(систематских) прегледа за 74 запослених(42 жена и 32 мушкараца) са достављањем одговарајућих извештаја о извршеним прегледима, и преглед вида за16 запослених са достављанјем одговарајућих извештаја о извршеним предледима према следећој спецификацији.

**Превентивно здравствени(систематски) преглед запослених**

1. Лабораторијске анализе (комплетна крвна слика, шећер у крви, уреа и креатинин у крви, укупни и директни билирубин, AST, ALT, GGT, алкална фосфатаза, комплетан преглед урина, комплетан липидни статус - холестерол, триглицериди, HDL, LDL, индекс атеросклерозе);

2. Клинички преглед специјалисте медицине рада;

3. Преглед офталмолога;

4. Спирометрија;

5. Аудиометрија;

6. EKГ

7. EХO кардиографија и преглед кардиолога

8. Додатне лабораторијске анализе : PSA за запослене мушког пола и

9. Хормони штитасте жлезде (fТ3, fТ4, TSH);

10. УЗ абдомена

11. УЗ штитасте жлезде.

12. FOB test

**2.Преглед вида**

Укупан број запослених који требају да изврше офталмолошки преглед је 16

* Офталмолошки преглед мора бити урађен и оцењен према Правилнику о превентивним мерама за безбедан и здрав рад при коришћењу опреме за рад са екраном („Сл. Гласник РС“, бр. 106/2009 и 93/2013)

**Образац понуде број: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_од\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022год.**

|  |  |
| --- | --- |
| НАЗИВ ПОНУЂАЧА |  |
| СЕДИШТЕ И АДРЕСА |  |
| ТЕЛЕФОН |  |
| ФАКС |  |
| Е-МАИЛ |  |
| ШИФРА ДЕЛАТНОСТИ |  |
| МАТИЧНИ БРОЈ |  |
| ПИБ |  |
| БРОЈ ТЕКУЋЕГ РАЧУНА |  |
| НАЗИВ БАНКЕ |  |
| У СИСТЕМУ ПДВ-А |  |
| ОСОБА ЗА КОНТАКТ |  |
| БРОЈ ТЕЛЕФОНА ОСОБЕ ЗА КОНТАКТ |  |
| ОВЛАШЋЕНО ЛИЦЕ ЗА ПОТПИСИВАЊЕ УГОВОРА |  |
| ТЕЛЕФОН ОВЛАШЋЕНОГ ЛИЦА |  |
| ОДГОВОРНО ЛИЦЕ КОЈЕ РУКОВОДИ ИЗВРШЕЊЕМ НАБАВКЕ |  |
| БРОЈ ТЕЛЕФОНА ОДГОВОРНОГ ЛИЦА |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Шифра ставке** | **Назив ставке** | **Количина**  | **Јединична цена без ПДВ-а** | **Јединична цена са ПДВ-ом** | **Укупна цена без ПДВ-а** |
| 10641 | Preventivno zdravstveni lekarski(sistematski) pregled za zaposlene - žene | 41 |  |  |  |
| 10642 | Preventivno zdravstveni lekarski(sistematski) pregled za zaposlene - muškarci | 32 |  |  |  |
| 10643 | Pregled vida zaposlenih | 16 |  |  |  |

У складу са спецификацијом предметне набавке нудимо вам наведене услуге, по укупној цени од:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_динара без ПДВ-а,односно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_динара са ПДВ-ом.

**РОК ПЛАЋАЊА:**

Рок плаћања износи 30 дана од дана пријема исправне фактуре.

**Исправно рачун , представља основ за плаћање уговорне цене.**

***Напомена:*** *Понуде са авансним роком плаћања ће се сматрати као неприхватљиве.*

Понуђач је дужан да упише све елементе захтеване Обрасцем понуде.

**УСЛОВИ УЧЕШЋА**

- Услуге се морају извршавати у просторијама понуђача на територији града Новог Сада, обзиром да због природе и процеса посла не постоји могућност временски дуже замене запослених на њиховим радним местима (узимајући у обзир број запослених који треба да се прегледа и природу њиховог посла)..

- Понуђач предметне услуге мора да изврши у договору са одговорним лицем Наручиоца које ће му доставити списак са распоредом доласка запослених.

- Услуге се морају извршавати на једном месту, тј у једној установи.

**РОК ВАЖЕЊА ПОНУДЕ:**

Понуда важи \_\_\_\_\_\_\_\_ дана од дана отварања понуда

Напомена: понуђач уписује број дана важења понуде – не може бити краћи од 30 дана од дана отварања понуда.

**Рок извршења услуга утврдиће се према договору Наручиоца са изабраним Понуђачем**

МЕСТО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПОНУЂАЧ:

ДАТУМ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОБРАЗАЦ ИЗЈАВЕ О ИСПУЊАВАЊУ УСЛОВА ЗА УЧЕШЋЕ У НАБАВЦИ**

 **НА-34/2023**

У поступку набавке НА-34/2023, као овлашћено лице понуђача дајем следећу

И З Ј А В У

Понуђач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Адреса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Матични број: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

испуњава све захтеване услове за учешће, утврђене позивом.

Датум: М.П. Потпис овлашћеног лица понуђача:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уколико понуду подноси група понуђача, потребно је да се наведени образац Изјаве фотокопира у довољном броју примерака попуни и потпише за сваког члана групе понуђача (као и за носиоца посла групе понуђача).

**МОДЕЛ НАРУЏБЕНИЦЕ**

На основу Плана набавки Института за јавно здравље Војводине за 2023. годину на који се не примењује Закон о јавним набавкама и Записнику о прикупљању понуда број ……. од ……..2023. године, издајемо вам

**Н А Р У Џ Б Е Н И Ц У**

**За набавку услуга**

**Обављање превентивно здравствених прегледа за запослене**

**НА-34/2023**

**Испоручилац** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ПИБ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, МБ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, текући рачун: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,.

**Предмет набавке и рок испоруке**: На основу понудe од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. године потребно је да извршите предметне услугу, према претходно договореном року.

Услуга која је предмет набавке „Обављање превентивно здравствених прегледа за запослене“ у потпуности мора одговарати спецификацији из понуде од ……...2023. године која се налази у прилогу ове наруџбенице.

**Цена и услови плаћања**: Плаћање уговорене цене у укупном износу од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ динара без ПДВ-а односно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ динара са ПДВ-ом, биће извршено на текући рачун испоручиоца у року од 30 дана, а тек по издавању исправне фактуре регистроване у Централном регистру фактура.

 В.Д. ДИРЕКТОРА ИНСТИТУТА

 Проф. др Владимир Петровић