

DYREKTOR  
BIURA FINANSÓW  
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

Warszawa, dnia 05.08.15r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**  
spr. nr ...60.B.F.2015

**1. Nazwa i adres zamawiającego.**

Komenda Główna Policji, 02-624 Warszawa, ul. Puławska 148/150, REGON: 012137497,  
NIP: 521-31-72-762.

**2. Opis przedmiot zamówienia publicznego.**

1) Odpłatne świadczenie przez Wykonawcę usług z zakresu opieki zdrowotnej i innych świadczeń na rzecz policjantów i pracowników Komendy Głównej Policji polegających na wykonywaniu n/w usług:

a. *badan lekarskich, diagnostycznych, laboratoryjnych wraz z szczepieniami ochronnymi obejmującymi przeprowadzenie kwalifikacyjnego badania lekarskiego, iniekcję, wydanie międzynarodowej książeczki szczepień lub dokonanie wpisu do tej książeczki oraz informowanie zainteresowanego o terminach kolejnych dawek szczepionki na rzecz funkcjonariuszy i pracowników oraz kandydatów i członków policyjnych kontyngentów przed wyjazdem na misje wraz z wydawaniem bezpośrednio kandydatom dokumentów stwierdzających stan zdrowia w języku polskim i angielskim (załączniki nr : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8)*

b. *badania laboratoryjne członków policyjnych kontyngentów po powrocie z misji (załącznik nr 2, 3).*

2) W ramach przedmiotu umowy, Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej, chronienia jej i udostępniania zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. Nr 149, poz.1002) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086).

3) Przedmiot zamówienia realizowany będzie przez lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań oraz

innych lekarzy specjalistów: okulisty, laryngologa, neurologa, kardiologa, ortopedę, stomatologa, a także przez pielęgniarki.

- 4) Osoby wykonujące ww. zadania, winni posiadać odpowiednie kwalifikacje i spełniać wymagania określone przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

### **3. Termin realizacji zamówienia publicznego.**

17 – 19 sierpnia 2015 roku – termin badań lekarskich,

24 – 26 sierpnia 2015 roku – termin I tury szczepień,

23 – 25 września 2015 roku – termin II tury szczepień.

### **4. Miejsce i sposób uzyskania dodatkowych informacji i dokumentacji określającej szczegółowe warunki udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz określenie osoby upoważnionej do kontaktu z wykonawcami.**

Dodatkowe informacje uzyskać można w siedzibie Zamawiającego, ul. Domaniewska 36/38, 02-672 Warszawa. Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcami jest: Referendarz Wydziału Rozliczeń Biura Finansów Komendy Głównej Policji – Marzena Drabarek, tel. kontaktowy (0-22) 601-19-31, e – mail: marzena.drabarek@policja.gov.pl

### **5. Kryteria wyboru ofert.**

- a) Cena jednostkowa netto i brutto (w PLN) za badania wraz z szczepieniami zgodnie z pkt 2 . 1) lit. a – b, do zapytania ofertowego,
- b) Przedmiot umowy będzie wykonywany w obiekcie lub obiektach zlokalizowanych na terenie Warszawy,
- c) W obiekcie lub obiektach, o których mowa w pkt 5 b znajduje się:
- 1) minimum jeden gabinet, oddzielnie dla każdej specjalności, o której mowa w pkt 3,
  - 2) gabinet zabiegowy, w którym Wykonawca zapewni pobieranie materiału do badań laboratoryjnych od poniedziałku do piątku, w godzinach 7.30 – 10.00,
  - 3) pracownia RTG,
  - 4) pracownia EKG,
  - d) Obiekt lub obiekty, o których mowa w pkt 5 b czynny będzie w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 16.00.
- e) Ceny o których mowa w pkt 5 a obejmują koszt:
- 1) wykonania zleconej usługi;
  - 2) materiałów i odczynników użytych do realizacji usługi;
  - 3) innych kosztów związanych z realizacją usługi, w tym kosztów transportu i podatku VAT;

- 4) badań i konsultacji przeprowadzanych w związku ze wskazanymi w skierowaniach czynnikami szkodliwymi lub uciążliwymi oraz rozszerzeniem zakresu badań przez lekarza.

**6. Wymagania, jakie powinni spełniać wykonawcy zamówienia publicznego, w zakresie wymaganych dokumentów i oświadczeń (np. zezwolenia, koncesje, odpis z Krajowego Rejestru Sądowego).**

Wykonawca zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

1. formularz ofertowy – załącznik nr 9,
2. podanie cen jednostkowych netto i brutto (w PLN) zgodnie z pkt 2 . 1) lit. a – b.

**7. Istotne postanowienia umowy, które zostaną zawarte w jej treści.**

- a) zapłata nastąpi po wykonaniu usługi,
- b) zapłata zostanie dokonana przelewem na konto dostawcy w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury za zrealizowaną usługę,
- c) Zamawiający zastrzega sobie prawo negocjacji w zakresie oferty złożonej przez Wykonawcę
- d) za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.
- e) Wykonawca wystawi fakturę na:

**KOMENDA GŁÓWNA POLICJI**  
**ul. Puławska 148/150**  
**02-624 Warszawa**  
**NIP: 521-31-72-762**  
**REGON: 012137497**

- f) faktury dostarczane będą na adres: Gabinet Komendanta Głównego Policji Komendy Głównej Policji  
ul. Puławska 148/150, 02-624 Warszawa.

**8. Wymagania dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy, jeżeli taki warunek został postawiony.**

Brak.

**9. Warunki gwarancji i rękojmi.**

Brak.

**10. Sposób przygotowania oferty.**

- a) Potwierdzenie wymagań zawartych w pkt. 2. 1) – 4)
- b) Podanie cen netto i brutto (w PLN) badań wraz z szczepieniami przed wyjazdem na misję zgodnie z pkt. 2. 1) lit. a do zapytania ofertowego,
- c) Podanie cen netto i brutto (w PLN) badań po powrocie z misji zgodnie z pkt. 2. 1) lit. b do zapytania ofertowego,

d) Pełna nazwa Wykonawcy wraz z adresem, nr telefonu, nr faxu, imionami i nazwiskami osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy.

#### 11. Miejsce i termin złożenia ofert.

Ofertę sporządzoną w języku polskim w formie pisemnej należy przesłać na adres: Komenda Główna Policji, 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 36/38, na nr faksu (0-22) 60-116-42 lub e-mail: [marzena.drabarek@policja.gov.pl](mailto:marzena.drabarek@policja.gov.pl), w terminie do dnia 10 sierpnia 2015 r. do godz. 12<sup>00</sup>.....

ZASTĘPCA DYREKTORA  
BIURA FINANSÓW  
KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI  
*Małgorzata KUBICKA*  
.....  
(podpis, pieczęć dyrektora biura..... KGP)

#### Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Zakres badań diagnostycznych
- Załącznik nr 2 – Zakres badań laboratoryjnych
- Załącznik nr 3 – Wzór skierowania na badania przed wyjazdem na misję/po powrocie
- Załącznik nr 4 – Wzór skierowania na szczepienia ochronne
- Załącznik nr 5 – Orzeczenie lekarskie
- Załącznik nr 6 – Entry Medical Examination
- Załącznik nr 7 – Diagram zębowy
- Załącznik nr 8 – Health certificate
- Załącznik nr 9 – Formularz ofertowy

## ZAKRES BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

1. Rtg klatki piersiowej (duży obrazek) z opisem
2. EKG z opisem
3. Badanie okulistyczne wraz wydaniem orzeczenia
4. Przegląd zębów oraz wystawienie diagramu
5. Wydanie zaświadczenia (ORZECZENIA LEKARSKIEGO) kandydata do służby (pracy) poza granicami państwa w kontyngencie policyjnym w języku polskim oraz wywiadu chorobowego (HEALTH CERTIFICATE) i certyfikatu stanu zdrowia (ENTRY MEDICAL EXAMINATION) w języku angielskim

Wykonawca wydaje zaświadczenie, orzeczenie i certyfikat stanu zdrowia bezpośrednio osobie badanej.

Załącznik nr 2  
do zapytania ofertowego .60.15.12.15.

**ZAKRES BADAŃ LABORATORYJNYCH**  
kandydata do służby (pracy) w kontyngencji policyjnym  
poza granicami państwa

lp.	Badania przed wyjazdem na misję (oznaczone skrótem: PW)	Badania po powrocie z misji (oznaczone skrótem: PP)
1	Morfologia krwi z rozmazem + płytki	Morfologia krwi z rozmazem + płytki
2	OB	OB
3	Glukoza	Kreatynina
4	Kreatynina	Bilirubina całkowita
5	Bilirubina całkowita	Aminotransferaza alainowa /ALT/
6	Aminotransferaza alainowa /ALT/	Aminotransferaza asparaginowa /AST/
7	Aminotransferaza asparaginowa /AST/	HBs Antygen
8	Kwas moczowy	Przeciwciała anty HCV
9	HBs Antygen	Mocz – badanie ogólne
10	Lipidogram	HBSAg test potwierdzenia
11	WR	-
12	HBs p/ciała	-
13	HIV	-
14	Przeciwciała anty HCV	-
15	Mocz – badanie ogólne	-
16	HBSAg test potwierdzenia	-

**PŁATNIK:**

KOMENDA GŁÓWNA POLICJI  
ul. Puławska 148/150,  
02-624 Warszawa  
PKD: 84.24.Z  
REGON:012137497  
NIP:521-31-72-762

Załącznik nr 3  
do zapytania ofertowego nr .GO/DF/2015

.....  
(data rejestracji)

Skierowanie ważne jest 30 dni  
od daty jego rejestracji  
w Zespole ds. Medycyny Pracy  
Wydziału Ochrony Pracy GKGP KGP.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**SKIEROWANIE NR ...../ONZ /...../201... rok**

**na wykonanie badań członka kontyngentu policyjnego**

(postawić znak „X” we właściwej kratce):

- przed wyjazdem (PW) - laboratoryjnych, lekarskich, diagnostycznych  
 po powrocie (PP) - laboratoryjnych

Identyfikator kadrowy: ..... PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Nazwisko i imię ..... imię ojca .....

KWP .....

Stanowisko .....

Adres do korespondencji: .....

Uwagi.....

.....  
(pieczęć i podpis kierownika jednostki)

Uwaga: skierowanie powinno być wystawione w 2 jednobrzmiących egzemplarzach:

**1 egzemplarz:** po potwierdzeniu przez lekarza medycyny pracy przekazuje się wraz z fakturą na adres:  
Gabinet Komendanta Głównego Policji, ul. Puławska 148/150. 02-624 Warszawa.

**2 egzemplarz:** pozostaje w karcie pracownika.

.....  
(pieczęć i podpis pracownika upoważnionego  
do rejestracji skierowania)

Załącznik nr 4  
do zapytania ofertowego nr 60/PF/2015

**PLATNIK:**

KOMENDA GŁÓWNA POLICJI  
ul. Puławska 148/150,  
02-624 Warszawa  
PKD: 84.24.Z  
REGON:012137497  
NIP:521-31-72-762

.....  
(data rejestracji)

Skierowanie ważne jest 30 dni  
od daty jego rejestracji  
w Zespole ds. Medycyny Pracy  
Wydziału Ochrony Pracy GKGP KGP.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

SKIEROWANIE NR ...../ONZ /...../201... rok

na wykonanie szczepień ochronnych członka kontyngentu policyjnego:

.....

Identyfikator kadrowy: ..... PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Nazwisko i imię ..... imię ojca .....

KWP .....

Stanowisko .....

Adres do korespondencji: .....

Uwagi.....

.....  
(pieczęć i podpis kierownika jednostki)

Uwaga: skierowanie powinno być wystawione w 2 jednobrzmiących egzemplarzach:  
1 egzemplarz: po potwierdzeniu przez lekarza medycyny pracy przekazuje się wraz z fakturą na adres:  
Gabinet Komendanta Głównego Policji, ul. Puławska 148/150, 02-624 Warszawa.  
2 egzemplarz: pozostaje w karcie pracownika.

.....  
(pieczęć i podpis pracownika upoważnionego  
do rejestracji skierowania)



do zapytania ofertowego ... *64/BF/Ko.15* ... Załącznik nr 5

.....  
(miejsowość, data)

### ORZECZENIE LEKARSKIE

**Kandydata do służby (pracy) poza granicami państwa w kontyngencie policyjnym**

Pan(i).....  
(stopień służbowy, imię, nazwisko)

ur. ....

Legitymujący się dowodem tożsamości

    policjant: legitymacją służbową.....

    pracownik Policji: dowodem osobistym.....

Kwalifikuje się do pobytu i służby (pracy)

w.....

na okres.....

w charakterze.....

delegowany przez.....

Nie stwierdza się przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepień ochronnych.  
Wyjeżdżającego poinformowano o obowiązku przeprowadzenia badań kontrolnych po powrocie.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

FAO	IAEA	ILO	ITC	ITU	UN	UNDP	UNESCO	UNICEF	UNIDO	WHO	WIPO	WMO	WTO
<b>CONFIDENTIAL</b>		<b>ENTRY MEDICAL EXAMINATION</b>							<b>UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES</b>				

I hereby authorize any of the doctors, hospitals or clinics mentioned in this form to provide the United Nations Medical Service with copies of all my medical records so that the Organization can take action upon my application for employment.

I certify that the statements made by me in answer to the questions below are, to the best of my knowledge, true, complete and correct. I realize that any incorrect statement or material omission in the medical information form or in any other document required by the Organization renders a staff member liable to termination or dismissal.

Date (d/m/yy): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

*Pages 1 and 2 are to be completed by the candidate*

FAMILY NAME (IN BLOCK CAPITALS) <b>SILLA</b>	GIVEN NAME <b>SHECKU</b>	MAIDEN NAME (FOR WOMEN ONLY)	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADDRESS (STREET, TOWN, DISTRICT OR PROVINCE, COUNTRY)		DATE OF BIRTH	RATIONALITY
POSITION APPLIED FOR (DESCRIBE NATURE OF WORK)	TELEPHONE	BIRTHPLACE	
PRESENT MARITAL STATUS		Single <input type="checkbox"/>	
Married <input type="checkbox"/> DATE (d/m/y): _____		Divorced <input type="checkbox"/> DATE (d/m/y): _____	
Separated <input type="checkbox"/> DATE (d/m/y): _____		Widowed <input type="checkbox"/> DATE (d/m/y): _____	
DUTY STATION			

Have you ever undergone a medical examination for the United Nations or one of its agencies? \_\_\_\_\_

Have you ever been employed by the United Nations or one of its agencies? \_\_\_\_\_

If so, please state when, where and for which Organization: \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY**

Relative	Age (if still alive)	State of Health (if still alive, present state; if deceased, cause of death)	Age At death	Have members of your family had the following illnesses or disorders?	Yes	No	Who?
Father				High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mother				Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brothers				Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sisters				Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spouse				Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Children				Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Mental Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Paralysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TO BE COMPLETED BY THE OFFICIAL REQUESTING THE MEDICAL EXAMINATION	TO BE COMPLETED BY THE DIRECTOR OF THE MEDICAL SERVICE
Name of Official: _____	Medical Classification: <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b
Department or Unit: _____	Comments: _____
Date: _____	DATE (d/m/y): _____ Signature: _____

**VERY IMPORTANT:** Please indicate the recruiting Agency or Organization:

Each question requires a specific answer (yes, no, date, etc.); to leave a blank or draw a line is not sufficient. If the questionnaire is not fully completed and enquiries are therefore needed, time may be lost.

1. Have you suffered from any of the following diseases or disorders? Check yes or no. If yes, state the year.

	YES Date	NO		YES Date	NO		YES Date	NO		YES Date	NO
Frequent sore throats		<input type="checkbox"/>	Heart and blood vessel disease		<input type="checkbox"/>	Urinary disorder		<input type="checkbox"/>	Fainting spells		<input type="checkbox"/>
Hay fever		<input type="checkbox"/>	Pains in the heart region		<input type="checkbox"/>	Kidney trouble		<input type="checkbox"/>	Epilepsy		<input type="checkbox"/>
Asthma		<input type="checkbox"/>	Varicose veins		<input type="checkbox"/>	Kidney stones		<input type="checkbox"/>	Diabetes		<input type="checkbox"/>
Tuberculosis		<input type="checkbox"/>	Frequent indigestion		<input type="checkbox"/>	Back pain		<input type="checkbox"/>	Gonorrhoea		<input type="checkbox"/>
Pneumonia		<input type="checkbox"/>	Ulcer of stomach or duodenum		<input type="checkbox"/>	Joint problems		<input type="checkbox"/>	Any other sexually transmitted disease		<input type="checkbox"/>
Fleury		<input type="checkbox"/>	Jaundice		<input type="checkbox"/>	Skin disease		<input type="checkbox"/>	Tropical diseases		<input type="checkbox"/>
Repeated bronchitis		<input type="checkbox"/>	Gall stones		<input type="checkbox"/>	Sleeplessness		<input type="checkbox"/>	Amoebic dysentery		<input type="checkbox"/>
Rheumatic fever		<input type="checkbox"/>	Hernia		<input type="checkbox"/>	Any nervous or mental disorder		<input type="checkbox"/>	Malaria		<input type="checkbox"/>
High blood pressure		<input type="checkbox"/>	Haemorrhoids		<input type="checkbox"/>	Frequent headaches		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

2. Are you being treated for any condition now? \_\_\_\_\_ Describe: \_\_\_\_\_

3. Have you ever coughed up blood? \_\_\_\_\_

4. Have you ever noticed blood in your stools? \_\_\_\_\_ In your urine? \_\_\_\_\_ Give details: \_\_\_\_\_

5. Have you ever been hospitalized (hospital, clinic, etc)? \_\_\_\_\_  
Why, where and when? \_\_\_\_\_

6. Have you ever been absent from work for longer than one month through illness? \_\_\_\_\_ If so, when? \_\_\_\_\_  
And for what illness? \_\_\_\_\_

7. Have you had any accidents as a result of which you are partially disabled? \_\_\_\_\_ If so, what and when? \_\_\_\_\_  
Do you have any other disability? \_\_\_\_\_

8. Have you ever consulted a neurologist, a psychiatrist or a psychoanalyst? \_\_\_\_\_  
If so, please give his/her name and address: \_\_\_\_\_  
For what reason? \_\_\_\_\_ Date of consultation (d/m/y): \_\_\_\_\_

9. Are you taking any medicine regularly? \_\_\_\_\_ If so, which? \_\_\_\_\_

10. Have you gained or lost weight during the last three years? \_\_\_\_\_ if so, how much? \_\_\_\_\_

11. Have you ever been refused life insurance? \_\_\_\_\_ if so, state reason: \_\_\_\_\_

12. Have you ever been refused employment on health grounds? \_\_\_\_\_ if so, state reason: \_\_\_\_\_

13. Have you ever received or applied for a pension or compensation for any permanent disability? \_\_\_\_\_ Degree? \_\_\_\_\_  
Please give details: \_\_\_\_\_

14. Have you ever stayed in a tropical country? \_\_\_\_\_ if so, for how long? \_\_\_\_\_

15. Have you in the past suffered from any condition which prevented travel by air? \_\_\_\_\_

16. Do you consider yourself to be in good health? \_\_\_\_\_ Do you have full work capacity? \_\_\_\_\_

17. Do you smoke regularly?  Yes  No \_\_\_\_\_ If so, what do you smoke?  Cigarettes  Pipe  Cigars  
For how many years have you smoked? \_\_\_\_\_ How much per day? \_\_\_\_\_

18. Daily consumption of alcoholic beverages: \_\_\_\_\_

19. Has any doctor or dentist advised you to undergo medical or surgical treatment in the foreseeable future? \_\_\_\_\_  
(Give details) \_\_\_\_\_

20. Give any other significant information concerning your health: \_\_\_\_\_

21. What is your occupation? \_\_\_\_\_ Indicate at least three posts you have occupied: \_\_\_\_\_

22. List any occupational or other hazards to which you have been exposed: \_\_\_\_\_

23. Have you been rejected for military service for medical reasons? \_\_\_\_\_

24. **FOR WOMEN** Are your periods regular?  Yes  No Do you take contraceptive pills?  Yes  No If so, for

Are they painful?  Yes  No how many years have you been doing so? \_\_\_\_\_ Have you ever

Do you have to stay in bed when they come?  Yes  No been treated for a gynaecological complaint?  Yes  No

If so, for how long? \_\_\_\_\_ Date of your last period: \_\_\_\_\_ If so, which? \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN**

**GENERAL APPEARANCE**

Height: cm. \_\_\_\_\_ Weight: kg. \_\_\_\_\_

Skin: \_\_\_\_\_ Scalp: \_\_\_\_\_

**SIGHT MEASURED VISUAL ACUITY**

Gross vision : Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_ Pupils: Equal? \_\_\_\_\_ Regular? \_\_\_\_\_  
 Vision with spectacles : Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_ Fundi if necessary: \_\_\_\_\_  
 Near vision : Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_ Colour vision: \_\_\_\_\_  
 With correction : Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_

**HEARING** | Right : Normal : \_\_\_\_\_ Sufficient: \_\_\_\_\_ Insufficient: \_\_\_\_\_  
 test by | Left : Normal : \_\_\_\_\_ Sufficient: \_\_\_\_\_ Insufficient: \_\_\_\_\_  
 Whispering: | Eardrum: Right : \_\_\_\_\_ Left: \_\_\_\_\_

**NOSE-MOUTH-THROAT** | Nose : \_\_\_\_\_ Pharynx : \_\_\_\_\_ Teeth : \_\_\_\_\_  
 | Tongue : \_\_\_\_\_ Tonsils : \_\_\_\_\_ Thyroid : \_\_\_\_\_

**CARDIOVASCULAR SYSTEM**

Peripheral arteries

Pulse rate : \_\_\_\_\_ Auscultation : \_\_\_\_\_ -carotid : \_\_\_\_\_  
 Rhythm : \_\_\_\_\_ Blood pressure : \_\_\_\_\_ -posterior tibial : \_\_\_\_\_  
 Apex beat : \_\_\_\_\_ Varicose veins : \_\_\_\_\_ -dorsalis pedis : \_\_\_\_\_  
 Electrocardiogram \_\_\_\_\_ Please attach tracing

**RESPIRATORY SYSTEM**

**Breasts**

Thorax: \_\_\_\_\_

**DIGESTIVE SYSTEM**

**Spleen:**

Abdomen: \_\_\_\_\_ Hernia: \_\_\_\_\_  
 Liver: \_\_\_\_\_ Rectal examination: \_\_\_\_\_

**NERVOUS SYSTEM**

**Plantar reflexes :**

Pupillary reflexes: : - To light: \_\_\_\_\_ Motor functions : \_\_\_\_\_  
 : - On accommodation: \_\_\_\_\_ Sensory functions : \_\_\_\_\_  
 Patellar reflexes: \_\_\_\_\_ Muscular tones : \_\_\_\_\_  
 Achilles reflexes: \_\_\_\_\_ Romberg's sign : \_\_\_\_\_

**MENTAL STATE**

Appearance: \_\_\_\_\_ Behaviour: \_\_\_\_\_

**GENITO-URINARY SYSTEM**

Kidneys: \_\_\_\_\_ Genitals: \_\_\_\_\_

**SKELETAL SYSTEM**

Skull: \_\_\_\_\_ Upper extremities: \_\_\_\_\_  
 Spine: \_\_\_\_\_ Lower extremities: \_\_\_\_\_

**LYMPHATIC SYSTEM**

**CHEST X-RAY** (Full size film - Please send the radiologist's report):

**LABORATORY**

The results of all the following investigations must be included except where marked "if indicated".

Except by prior agreement, only the investigations mentioned are done at the Organization's expense.

Urine :	Albumin _____	Sugar _____	Microscopic _____
Blood :	Haemoglobin : _____ %	Grams/l _____	Leucocytes : _____
	Haematocrit : _____ %		Differential count (if indicated): _____
	Erythrocytes : _____		Blood sedimentation rate: _____
<b>Blood chemistry</b>			
	Sugar : _____	Urea or creatinine: _____	
	Cholesterol : _____	Uric acid : _____	
Serologic test for syphilis : Please attach laboratory report			
Stool examination (if indicated): _____			

**COMMENTS** (Please comment on all the positive answers given by the candidate and summarize the abnormal findings)

**CONCLUSIONS** (Please state your opinion on the physical and mental health of the candidate and fitness for the proposed post)

The examining doctor is requested before sending this report to verify that the questionnaire, pages 1 and 2 of this form, has been fully completed by the candidate and that all the results of the investigations required are given on the report. Incomplete reports are a major source of delay in recruitment.

Name of the examining physician (in block capitals): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

DATE (in my): \_\_\_\_\_

Załącznik nr 7  
do zapytania ofertowego nr ... 60.10.F.0015

**DIAGRAM ZĘBOWY**  
(Dental card)

.....

(Nazwisko i imię)

(Surname and name)

8	7	6	5	4	3	2	1		

1	2	3	4	5	6	7	8		

8	7	6	5	4	3	2	1		

1	2	3	4	5	6	7	8		

W – wypetnienie – Feeling  
X – brak zęba – Missing tooth

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

(signature and Stamp dentist)

### HEALTH CERTIFICATE

#### PERSONAL DATA

1. Surname (family).....first names.....  
father's first name.....mother's name.....
2. Date of birth: year.....month.....day.....place.....
3. Permanent (family) address: country.....POLAND.....  
street, no.....code.....city.....

#### PREVIOUS MEDICAL RECORD

4. Personal medical history:
  - a) congenital or acquired disability.....
  - b) chronic conditions: diabetes, asthma, hypertension, rheumatic, allergy, psychiatric, neurological, others.....
  - c) medication (temporary / longstanding).....
  - d) hospitalization, date, diagnosis.....
5. Family diseases.....
6. Other information.....

#### MEDICAL EXAMINATION

7. Height.....cm, weight.....kg
8. Blood pressure.....pulse.....per minute
9. Physical exam. of the systems.....  
observations.....
10. Vision.....glasses / correction Rt.....Lt.....colours.....
11. Mental health.....
12. General blood and urine tests.....
13. Chest X-ray (can be separately done) date.....result.....

#### MEDICAL CONCLUSION (delete, if not applicable)

14. ....is in good health condition and hence  
– able to exercise and discharge the authority and duties imposed on him.

15. Physician's name and signature:

place.....date.....signature.....

16. Official stamp, address, phone# or fax



(pieczęć Wykonawcy)

**Załącznik nr 9**  
**do zapytania ofertowego**

60/BF/2015

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Dane dotyczące Wykonawcy:

- Pełna nazwa  
.....  
.....
- Adres: .....  
.....  
.....
- nr telefonu: .....
- nr faksu: .....
- adres e-mail: .....
- nr konta bankowego, na które dokonywana będzie płatność:  
.....

My niżej podpisani, oświadczamy, iż w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr składam(y) niniejszą ofertę.

2. Oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia za:

a) cenę oferty brutto/netto badań lekarskich, diagnostycznych, laboratoryjnych wraz z szczepieniami ochronnymi obejmującymi przeprowadzenie kwalifikacyjnego badania lekarskiego, iniekcję, wydanie międzynarodowej książeczki szczepień lub dokonanie wpisu do tej książeczki oraz informowanie zainteresowanego o terminach kolejnych dawek szczepionki na rzecz funkcjonariuszy i pracowników oraz kandydatów i członków policyjnych kontyngentów przed wyjazdem na misje wraz z wydawaniem bezpośrednio kandydatom dokumentów stwierdzających stan zdrowia w języku polskim i angielskim  
..... zł

(słownie:.....)  
.....)

VAT.....%



b) cenę oferty brutto/netto badania laboratoryjne członków policyjnych kontyngentów po powrocie z misji  
..... zł

(słownie:.....  
.....)

VAT .....%

....., dn. ....

.....  
(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela)

\* niepotrzebne skreślić.