|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy/Wykonawców)* | FORMULARZ CENOWY |

**Usługi z zakresu służby medycyny pracy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badań** | **Prognozowana ilość badań\*** | **Cena jednostkowa netto**  **[ zł ]** | **Wartość netto [ zł ]**  **kol.3 x kol.4** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Badania** | | | | |
| 1 | ogólne (wstępne, okresowe, kontrolne) Orzeczenie lekarza medycyny pracy | 20 |  |  |
| **Konsultacje specjalistyczne** | | | | |
| 2 | Okulistyczna z komputerowym badaniem wzroku | 15 |  |  |
| 3 | Laryngologiczna | 20 |  |  |
| 4 | Neurologiczna | 12 |  |  |
| **Badania laboratoryjne** | | | | |
| 5 | Morfologia krwi | 20 |  |  |
| 6 | Rozmaz krwi | 20 |  |  |
| 7 | Badanie ogólne moczu | 20 |  |  |
| 8 | OB | 20 |  |  |
| 9 | Glukoza | 15 |  |  |
| 10 | Cholesterol | 15 |  |  |
| **Badania dodatkowe** | | | | |
| 11 | RTG płuc | 11 |  |  |
| 12 | EKG | 20 |  |  |
| 13 | Spirometria | 6 |  |  |
| 14 | Psychotesty | 18 |  |  |
| **RAZEM netto (poz. 1 –14)** | | | |  |

\*Prognozowana ilość badań w ciągu trzech lat trwania umowy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2017 roku

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis Wykonawcy/Pełnomocnika)*