|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **BADANIA LABORATORYJNE** | **CENA NETTO** | **STAWKA VAT %** | **CENA BRUTTO** |
| 1. | OB. |  |  |  |
| 2. | MORFOLOGIA |  |  |  |
| 3. | MOCZ |  |  |  |
| 4. | CUKIER |  |  |  |
| 5. | BILIRUBINA |  |  |  |
| 6. | TRÓJGLICERYDY |  |  |  |
| 7. | CHOLESTEROL CAŁKOWICTY |  |  |  |
| 8. | HDL |  |  |  |
| 9. | LDL |  |  |  |
| **Lp.** | **BADANIA LEKARSKIE** | **CENA NETTO** | **STAWKA VAT %** | **CENA BRUTTO** |
| 1. | Badanie Lekarza medycyny pracy z wydaniem orzeczenia |  |  |  |
| 2. | Badanie okulistyczne |  |  |  |
| 3. | Badanie okulistyczne rozszerzone z doborem szkieł |  |  |  |
| 4. | Badanie laryngologiczne |  |  |  |
| 5. | Badanie neurologiczne |  |  |  |
|  | | |  |  |
| **INNE** | | **CENA NETTO** | **STAWKA VAT %** | **CENA BRUTTO** |
| 1. | EKG |  |  |  |
| 2. | RTG |  |  |  |
| 3. | Spirometria |  |  |  |
| 4. | Audiogram |  |  |  |
| 5. | Badania psychotechniczne |  |  |  |

*Miejscowość…………………………..,dnia…………………2018roku.*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*