………………………….

(pieczęć wykonawcy)  Gdańsk , dnia……………2019 r.

**Formularz Cenowy**

na świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich (okresowych i kontrolnych) pracowników Oddziału Regionalnego KRUS w Gdańsku oraz badań wstępnych pracowników przyjmowanych do pracy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie usług | | | | Cena cząstkowa  (zł) | Cena jednostkowa  (zł) | \*\*Cena za 1 osobę  (zł) | Ilość osób  rocznie-  (szacunek) | Wartość brutto  (zł) |
| 1 | 2 | | | | 3 | 4 | 5 (łącznie poz. 4) | 6 | 7 (poz. 5x6) |
| 1 | Badania wstępne dla pracowników umysłowych pracujących przy komputerze | Podstawowe badania laboratoryjne | glukoza | |  | ……………………  (suma cen badań  cząstkowych) |  | 15 |  |
| OB | |  |
| morfologia | |  |
| badanie ogólne  moczu | |  |
| Konsultacja okulistyczna | | | X |  |
| RTG płuc | | | X |  |
| Badanie przez lekarza medycyny pracy i wydanie zaświadczenia | | | X |  |
| 2 | Badania okresowe dla pracowników umysłowych pracujących przy komputerze | Podstawowe badania laboratoryjne | | glukoza |  | ……………………  (suma cen badań  cząstkowych) |  | 31 |  |
| OB |  |
| morfologia |  |
| badanie ogólne moczu |  |
| Konsultacja okulistyczna | | | X |  |
| RTG płuc | | | X |  |
| Badanie przez lekarza medycyny pracy i wydanie zaświadczenia | | | X |  |
| 3 | Dodatkowo dla grupy pracowników prowadzących samochód służbowy kat.B  - badanie kierowcy kat.B | Konsultacja neurologiczna | | | X |  |  | 8 |  |
| Konsultacja okulistyczna | | | X |  |
| Konsultacja psychologiczna | | | X |  |
| Badanie widzenia zmierzchowego i olśnienie | | | X |  |
| Psychotesty | | | X |  |
| 4 | Badania kontrolne pracowników | | | | X |  |  | 10 |  |
| 5 | Udział w posiedzeniach komisji bhp\* | | | | X |  |  | 1 |  |
| 6 | Wartość za realizację przedmiotu zamówienia za 1 rok  **(suma wierszy 1+2+3+4+5)** | | | | | | | |  |
| 7 | **Łączna wartość za realizację przedmiotu zamówienia** **za 2 lata**  **(pozycja 6 x 2 lata)**  **(***Łączną wartość należy wpisać do Formularza oferty)* | | | | | | | |  |

\* - w ciągu ostatnich 2 lat Zamawiający nie korzystał z usługi wymienionej w lp. 5.

\*\* - wykonawca wyliczy cenę za kompleksowe przebadanie jednej osoby wraz z wydaniem zaświadczenia

UWAGI DO FORMULARZA CENOWEGO:

W razie konieczności wykonania innych badań, niewymienionych w powyższej tabeli, niezbędnych do prawidłowej oceny zdrowia pracownika lekarz medycyny pracy zleci je i będą one rozliczane zgodnie z cennikami wykonawcy,   
po wcześniejszym zawiadomieniu zamawiającego.

………………………………………………………

*(Podpis osoby upoważnionej*

*do reprezentacji wykonawcy)*