………………………….

 (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 osóbrocznie-(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 badańcząstkowych) |  | 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 badańcząstkowych) |  | 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)*