Załącznik nr 1 do formularza oferty

(Pieczęć firmowa wykonawcy)

**Formularz cenowy - cennik usług medycznych**

**Część II: świadczenie usług profilaktycznej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny pracy dla pracowników: Placówek Terenowych w Wałbrzychu, Świdnicy, Ząbkowicach Śląskich i Bystrzycy Kłodzkiej.**

Tabela A Badania dla pracowników administracyjno-biurowych pracujących powyżej 4 godzin przy komputerze wstępne i okresowe:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj badania | Cena jednostkowa brutto | Przewidywana ilość pracowników | Wartość pozycji brutto (kol. 3 x kol. 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Morfologia |  | 30 |  |
| 2 | Badanie lekarza okulisty |  | 34 |  |
| 3 | Badanie lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  | 35 |  |
|  | RAZEM |  |

Tabela B Badania dla pracowników administracyjno-biurowych zajmujących stanowiska kierownicze wstępne i okresowe:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj badania | Cena jednostkowa brutto | Przewidywana ilość pracowników | Wartość pozycji brutto (kol. 3 x kol. 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Morfologia |  | 3 |  |
| 2 | Cholesterol |  | 3 |  |
| 3 | EKG  |  | 3 |  |
| 4 | Badanie lekarza okulisty |  | 3 |  |
| 5 | Badanie lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  | 3 |  |
|  | RAZEM |  |

Tabela C Badania dla pracowników prowadzących pojazdy służbowe (kierowców)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj badania | Cena jednostkowa brutto | Przewidywana ilość pracowników | Wartość pozycji brutto (kol. 3 x kol. 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 |  Morfologia |  | 12 |  |
| 2 |  Glukoza |  | 12 |  |
| 4 | Konsultacja okulistyczna w tym badanie oceniające widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia |  | 12 |  |
| 5 | Badanie psych. pełnej sprawności psychoruchowej |  | 12 |  |
| 6 | Badanie lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  | 12 |  |
|  | RAZEM |  |

Tabela D Inne badania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | Rodzaj badania | Cena jednostkowa brutto | Przewidywana ilość pracowników | Wartość pozycji brutto (kol. 3 x kol. 4) |
| 1 | Cholesterol |  | 2 |  |
| 2 | Ogólne badanie moczu |  | 2 |  |
| 3 | OB |  | 2 |  |
| 4 | EKG |  | 2 |  |
| 5 | Konsultacja neurologiczna |  | 2 |  |
| 6 | RTG klatki piersiowej |  | 2 |  |
|  | RAZEM |  |

Razem wartości z tabeli A + B + C + D =

 ...........................................................

 (Zsumowaną wartość wpisać do formularza oferty)

 ................................................................................

 *(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*