……………………..…….

(pieczęć Wykonawcy)  …………., dnia….…………2020 **Formularz Cenowy**

na świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich (okresowych i kontrolnych) pracowników Placówek Terenowych KRUS w Chojnicach i Człuchowie oraz badań wstępnych pracowników przyjmowanych do pracy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wyszczególnienie usług | | | | Cena cząstkowa  (zł) | Cena jednostkowa  (zł) | \*\*Cena za 1 osobę  (zł) | Ilość osób w trakcie trwania umowy | Wartość brutto  (zł) |
| 1 | 2 | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 (poz. 5x6) |
| 1 | Badania wstępne dla pracowników umysłowych pracujących przy komputerze | Podstawowe badania laboratoryjne | glukoza | |  | ……………………  (suma cen badań  cząstkowych) |  | 4 |  |
| 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) |  | 11 |  |
| 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 dorywczo prowadzących samochód służbowy kat.B  - badanie kierowcy kat .B | Konsultacja neurologiczna | | | X |  |  | 4 |  |
| Konsultacja okulistyczna | | | X |  |
| Konsultacja psychologiczna | | | X |  |
| Badanie widzenia zmierzchowego i olśnienie | | | X |  |
| Psychotesty | | | X |  |
| 4 | Badania kontrolne pracowników | | | | X |  |  | 4 |  |
| 5 | Udział w posiedzeniach komisji bhp\* | | | | X |  |  | 1 |  |
| 6 | **Łączna wartość za realizację przedmiotu zamówienia** **za 2 lata**  **(***Łączną wartość należy wpisać do Formularza oferty)* | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |

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

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

………………………………………………………

*(Podpis osoby upoważnionej*

*do reprezentacji wykonawcy)*