Załącznik nr 1 do formularza oferty

…………………………………….

(Pieczęć firmowa wykonawcy)

**ZMODYFIKOWANY Formularz cenowy - cennik usług medycznych**

**Część III: świadczenie usług profilaktycznej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny pracy dla pracowników: Placówek Terenowych w Legnicy, Polkowicach i Górze.**

Tabela A Badania dla pracowników administracyjno-biurowych pracujących powyżej 4 godzin przy komputerze: wstępne, okresowe, kontrolne, pogorszenie widzenia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 35 |  |
| 2 | Ogólne badanie moczu |  | 35 |  |
| 3 | Badanie lekarza okulisty |  | 39 |  |
| 4 | Badanie lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  | 44 |  |
|  | 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 | Ogólne badanie moczu |  | 3 |  |
| 3 | **Lipidogram** |  | 3 |  |
| 4 | EKG  |  | 3 |  |
| 5 | Badanie lekarza okulisty |  | 3 |  |
| 6 | Badanie lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  | 3 |  |
|  | RAZEM |  |

Tabela C Badania dla pracowników prowadzących pojazdy służbowe kat. B

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 10 |  |
| 2 |  Ogólne badanie moczu |  | 10 |  |
| 3 |  Glukoza |  | 10 |  |
| 4 | Badanie dla kierujących pojazdami służbowymi kat. B  |  | 10 |  |
| 5 | Badanie lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia lekarskiego |  | 10 |  |
|  | RAZEM |  |

Tabela D Inne badania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj badania | Cena jednostkowa brutto za 1 badanie |
| 1 | Cholesterol |  |
| 2 | OB |  |
| 3 | EKG |  |
| 4 | Konsultacja neurologiczna |  |
| 5 | RTG klatki piersiowej |  |
|  | 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)*