FORMULARZ CENOWY

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 1/ZD/2024 z dnia 26 lutego 2024 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Cena netto** | **Cena brutto** |
| 1. | Cholesterol całkowity |  |  |
| 2. | RTG klatki piersiowej |  |  |
| 3. | Morfologia + rozmaz (automat.) |  |  |
| 4. | Mocz – badanie ogólne |  |  |
| 5. | Glukoza |  |  |
| 6. | Konsultacja neurologiczna |  |  |
| 7. | Konsultacja okulistyczna osoby pracującej na stanowisku związanym z posługiwaniem się bronią |  |  |
| 8. | Konsultacja okulistyczna osoby pracującej na stanowisku związanym z prowadzeniem poj. służbowych |  |  |
| 9. | Konsultacja okulistyczna osoby pracującej na stanowisku związanym z obsługa monitorów ekranowych |  |  |
| 10. | Przeciwciała HIV |  |  |
| 11. | Przeciwciała HCV |  |  |
| 12. | Przeciwciała HBs |  |  |
| 13. | ALAT |  |  |
| 14. | Bilirubina |  |  |
| 15 | Konsultacja psychiatryczna |  |  |
| 16. | Konsultacja okulistyczna kierowców wykonujących badania na podstawie ustawy z dnia z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023 r. poz. 622 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2201 z późn. zm.) |  |  |
| 17. | Morfologia + rozmaz i płytki |  |  |
| 18. | Badanie audiometryczne |  |  |
| 19. | Lipidogram |  |  |
| 20. | Retikulocyty |  |  |
| 21. | Konsultacja laryngologiczna/ otolaryngologiczna |  |  |
| 22. | Badanie kału na nosicielstwo pałeczek Salmonella i Shigella |  |  |
| 23. | Spirometria |  |  |
| 24. | Kreatynina |  |  |
| 25. | Konsultacja okulistyczna osoby pracującej na stanowisku wymagającym pełnej sprawności psychoruchowej – obsługa maszyn w ruchu, praca na wysokości, obsługa wózków widłowych, wózków podnośnikowych lub pracującej w narażeniu na promieniowanie jonizujące, elektromagnetyczne, UV lub w warunkach sztucznego oświetlenia |  |  |
| 26. | AST |  |  |
| 27. | OB |  |  |

Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną RODO oraz projektem umowy stanowiącym załącznik do zapytania ofertowego nr 1/ZD/2024.

Oświadczam, że świadczenia wymienione w tabeli formularza cenowego będą wykonywane w (proszę podać dokładny adres placówki) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… .

Termin ważności oferty: do dnia ……………….

……………………………….

(pieczęć i podpis wykonawcy)