FORMULARZ CENOWY

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 2/ZD/2025 z dnia 27 lutego

2025 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. | Ołów we krwi |  |  |
| 6. | Glukoza |  |  |
| 7. | Konsultacja neurologiczna |  |  |
| 8. | Konsultacja okulistyczna osoby pracującej na stanowisku związanym z posługiwaniem się bronią |  |  |
| 9. | Konsultacja okulistyczna osoby pracującej na stanowisku związanym z prowadzeniem poj. służbowych |  |  |
| 10. | Badanie okulistyczne osoby pracującej na stanowisku związanym z obsługa monitorów ekranowych |  |  |
| 11. | Przeciwciała HIV |  |  |
| 12. | Przeciwciała HCV |  |  |
| 13. | Przeciwciała HBs |  |  |
| 14. | ALAT |  |  |
| 15. | Bilirubina |  |  |
| 16. | Konsultacja okulistyczna kierowców wykonujących badania na podstawie ustawy z dnia z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1210 t.j. z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1539 t.j. z późn. zm.) |  |  |
| 17. | Morfologia + rozmaz i płytki |  |  |
| 18. | Badanie audiometryczne |  |  |
| 19. | Lipidogram |  |  |
| 20. | Retikulocyty |  |  |
| 21. | Konsultacja laryngologiczna/ otolaryngologiczna |  |  |
| 22. | Konsultacja kardiologiczna |  |  |
| 23. | Konsultacja dermatologiczna |  |  |
| 24. | Badanie kału na nosicielstwo pałeczek Salmonella i Shigella |  |  |
| 25. | Konsultacja psychiatryczna |  |  |
| 26. | Spirometria |  |  |
| 27. | Kreatynina |  |  |
| 28. | EKG wysiłkowe |  |  |
| 29. | Konsultacja okulistyczna osoby pracującej na stanowisku wymagającym pełnej sprawności psychoruchowej – obsługa maszyn w ruchu, praca na wysokości, obsługa wózków widłowych, wózków podnośnikowych. |  |  |
| 30. | AST |  |  |
| 31. | OB |  |  |

Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną RODO oraz projektem umowy stanowiącym załącznik do zapytania ofertowego nr 2/ZD/2025.

Oświadczam, że świadczenia wymienione w tabeli powyżej wykonywane będą (należy podać dokładny adres placówki lub placówek) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

……………………………….

(pieczęć i podpis wykonawcy)