**Szczegółowy wykaz badań**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **Kwota podatku VAT** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Badanie profilaktyczne |  |  |  |
| 2. | Badanie laryngologiczne |  |  |  |
| 3. | Badanie okulistyczne |  |  |  |
| 4. | Badanie neurologiczne |  |  |  |
| 5. | Badanie dermatologiczne |  |  |  |
| 6. | EKG |  |  |  |
| 7. | Morfologia z rozmazem |  |  |  |
| 8. | GOT |  |  |  |
| 9. | GPT |  |  |  |
| 10. | Glukoza |  |  |  |
| 11. | Test wrażliwości na olśnienie i widzenie zmierzchowe |  |  |  |
| 12. | Badanie psychotechniczne |  |  |  |
| 13. | RTG klatki piersiowej |  |  |  |
| 14. | Spirometria |  |  |  |
| 15. | Bilirubina |  |  |  |
| 16. | OB |  |  |  |
| 17. | Cholesterol całkowity |  |  |  |
| 18. | Cholesterol HDL |  |  |  |
| 19. | Trójglicerydy |  |  |  |
| 20. | Audiogram |  |  |  |
| 21. | Mocz |  |  |  |
| 22. | Kreatynina |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  |  |  |