

FORMULARZ OFERTY

Działając w imieniu i na rzecz:

.....
Nazwa i siedziba Wykonawcy

.....
Adres Wykonawcy

(proszę podać zgodnie z wpisem do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej)

NIP:

REGON:

Tel:

Fax:

http://

e-mail:

Osoba do kontaktów:

1. W odpowiedzi na Państwa zapytanie ofertowe na „ **Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy**” składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam, że jestem wpisany na dzień złożenia oferty do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z art. 100 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013.217 – j.t.), pod numerem.....
3. Informuję, że badania dla Państwa jednostki wykonywane będą w placówce:

Adres placówki

4. Oferujemy wykonanie badań oraz usług z zakresu medycyny pracy:

CENNIK USŁUG

Zakres usługi/Nazwa badania	Cena jednostkowa brutto
Badanie profilaktyczne	

Badanie laryngologiczne	
Badanie okulistyczne	
Badanie neurologiczne	
EKG	
Morfologia z rozmazem	
GOT	
GPT	
Glukoza	
Test wrażliwości na ośnienie i widzenie zmierzchowe	
Badanie psychologiczne kierowców zg. z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r.	
Konsultacje psychologiczne dla osób, które w ramach obowiązków służbowych kierują pojazdami prywatnymi lub służbowymi do celów służbowych	
RTG klatki piersiowej P-A	
Spirometria	
Bilirubina	
OB.	
Cholesterol całkowity	
Cholesterol HDL	
Trójglicerydy	
Audiogram	
Mocz	
Kreatynina	
Badania dla osób pracujących na wysokości	

5. Możliwe jest też wykonywanie dodatkowych badań nie wymienionych w cenniku usług a zaleconych przez lekarza medycyny pracy.
6. Oświadczamy, że oferowane ceny brutto są stałe i będą obowiązywały przez okres realizacji zamówienia.
7. Zobowiązujemy się realizować zamówienie w terminie: od dnia 2 stycznia 2015 r. do dnia 31. grudnia 2015 r.