**Załącznik nr 1**

**Nazwa oferenta:……………………………………………………………………**

**Adres oferenta: ……………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**NIP/ Regon/ KRS: …………………………………………………………………**

**Osoba upoważniona do kontaktu…………………………………………………**

(imię i nazwisko, nr telefonu, email)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Po zapoznaniu się z warunkami prowadzonego postępowania w trybie zapytania ofertowego przedstawiamy naszą ofertę cenową na **„Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników w ramach badań wstępnych, okresowych i kontrolnych w 2026 r.”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia** | **Cena netto** | **Cena brutto**  **(z VAT)** |
| 1 | Lekarz medycyny pracy |  |  |
| 2 | Lekarz medycyny pracy-sanepid |  |  |
| 3 | Morfologia |  |  |
| 4 | Cholesterol |  |  |
| 5 | Glukoza |  |  |
| 6 | Konsultacja laryngologiczna |  |  |
| 7 | Konsultacja neurologiczna |  |  |
| 8 | Konsultacja okulistyczna |  |  |
| 9 | RTG klatki piersiowej |  |  |
| 10 | EKG |  |  |
| 11 | ALAT |  |  |
| 12 | AST |  |  |
| 13 | Bilirubina |  |  |
| 14 | Przeciwciała HIV Ag/Ab (Combo) |  |  |
| 15 | Przeciwciała HCV |  |  |
| 16 | Psychotechnika |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |

1. Każdy pracownik powyżej 40 lat musi mieć zrobione obowiązkowo EKG.
2. Lekarz Medycyny Pracy otrzymując skierowanie może zlecić wykonanie dodatkowych badań dla pracownika