

**I. Dotyczy udzielania świadczeń w zakresie:  
Medycyny Pracy w siedzibie Zleceniobiorcy**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Na udzielanie świadczeń w zakresie: **Medycyny Pracy w siedzibie Zleceniobiorcy**

Firma usługobiorcy .....

NIP ..... Regon .....

Miejsce świadczenia usługi .....

Imię i nazwisko osoby do kontaktu w sprawie oferty: .....

Telefon osoby do kontaktu w sprawie oferty:.....

**Oferta cenowa**

<i>Lp.</i>	<i>Rodzaj badania</i>	<i>Proponowana cena jednostkowa za wykonanie badania</i>
1	Badanie lekarskie w tym orzeczenie lekarskie	
2	Badanie lekarza specjalisty dla celów Medycyny Pracy (neurolog, otolaryngolog, okulista, psychiatra, psycholog)	
3	Badanie lekarza specjalisty dla celów Medycyny Pracy (na życzenie Pracodawcy)	
4	Badania psychotechniczne	
5	RTG klatki piersiowej	
6	Spirometria	
7	Audiogram	
8	EKG	
9	Morfologia	
10	Bilirubina całkowita	
11	Glukoza w surowicy krwi	
12	Lipidogram	
13	Badanie widzenia zmierzchowego oraz wrażliwości na olśnienie	
Łącznie:		

.....  
data, pieczęć i podpis Oferenta

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym postępowaniu konkursowym nie rozwiązano ze mną umowy na świadczenia zdrowotne (zawarte na podstawie ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku,.) z mojej winy, w związku z nienależytym wykonywaniem przeze mnie zobowiązania.

.....  
(miejsce i data)

.....  
(Imię i nazwisko, pieczęć)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się (zapoznałam się) i nie zgłaszam zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.

.....  
(miejsce i data)

.....  
(Imię i nazwisko, pieczęć)