

## FORMULARZ OFERTY

Postępowanie na: „Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla IFJ PAN w Krakowie.”

NAZWA WYKONAWCY:.....

ADRES PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI:.....

TEL:.....E-MAIL:.....

NIP..... ; REGON:.....

OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTACJI: (imię i nazwisko) .....

OSOBA WSKAZANA DO KONTAKTU:(imię i nazwisko) .....,tel. ....; adres e-mail.....

## Tabela 1

<b>łączna cena brutto PLN*</b>	
<b>Słownie łączna cena brutto</b>	
<b>łączna cena netto PLN</b>	
<b>Podatek VAT</b>	
<b>Adres placówki medycznej, w której będą wykonywane badania i konsultacje medyczne</b>	
<b>Odległość placówki Wykonawcy od siedziby Zamawiającego (podana jako najkrótsza dla dojazdu wg Google maps)</b>	

.....  
podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy

<b>Liczba dni w tygodniu w jakich są wykonywane usługi badań diagnostycznych</b>	
<b>Średnia liczba godzin wykonywania badań diagnostycznych w dni, w które usługi te są świadczone</b>	
<b>Liczba godzin pracy lekarza medycyny pracy w tygodniu (podać w rozdziale na dni robocze tygodnia)</b>	Pn...; Wt....; Śr ...; Cz ...; Pt ...;
<b>Czas realizacji badania z zakresu medycyny pracy tj. wykonania niezbędnych badań diagnostycznych i konsultacji(podać ilość dni roboczych)</b>	
<b>Rabat na dodatkowe usługi nie ujęte w formularzu cenowym</b>	... %
<b>Termin realizacji umowy</b>	<b>12 miesięcy od daty zawarcia umowy</b>
<b>Sposób i termin płatności</b>	<b>przelewem w ciągu 21 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego</b>

.....  
podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy

## SZCZEGÓŁOWA WYCENA

Tabela 2

<i>L.p.</i>	<i>Nazwa</i>	<i>Ilość osób</i>	<i>Cena jednostkowa netto PLN</i>	<i>stawka VAT %</i>	<i>Cena jednostkowa brutto PLN</i>	<i>Wartość brutto PLN</i>
	<b>Konsultacje</b>					
1.	Porada lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy	300				
2.	Porada lekarza dermatologa	5				
3.	Porada lekarza kardiologa	5				
4.	Porada lekarza laryngologa	40				
5.	Porada lekarza neurologa	60				
6.	Porada lekarza okulisty	250				
	<b>Badania</b>					
1.	AlAT( Aminotransferaza alaninowa)	13				
2.	AspAT (Aminotransferaza asparaginowa)	13				
3.	Badanie audiometryczne	15				
4.	Badanie EEG	3				

.....  
 podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy

## Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

<i>L.p.</i>	<i>Nazwa</i>	<i>Ilość osób</i>	<i>Cena jednostkowa netto PLN</i>	<i>stawka VAT %</i>	<i>Cena jednostkowa brutto PLN</i>	<i>Wartość brutto PLN</i>
5.	Badanie EKG spoczynkowe z opisem	115				
6.	GGTP ( Gamma glutamylotr)	13				
7.	Badanie epidemiologiczno -sanepidowskie	13				
8.	Badanie kału na nosicielstwo (3 oznaczenia)	1				
9.	Badanie psychotechniczne kierowców	17				
10.	Badanie spirometryczne	13				
11.	HBS- Antygen Test Ilościowy	5				
12.	HCV	30				
13.	HIV Ag/Ab Combo	30				
14.	Kreatynina	3				
15.	Lipidogram	225				
16.	Mocz - badanie ogólne	300				
17.	Mocznik	1				
18.	Morfologia krwi podstawowa	250				

.....  
 podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy

<i>L.p.</i>	<i>Nazwa</i>	<i>Ilość osób</i>	<i>Cena jednostkowa netto PLN</i>	<i>stawka VAT %</i>	<i>Cena jednostkowa brutto PLN</i>	<i>Wartość brutto PLN</i>
19.	OB.	250				
20.	Poziom glukozy we krwi	250				
21.	Próby wątrobowe	25				
22.	Retikulocyty	150				
23.	Rozmaz	200				
24.	RTG klatki piersiowej z opisem	35				
25.	Przeciwciała anty-HBS	15				
26.	USG TTszyjnych	1				
27.	RTG kręgow szyjnych	1				
	<b>Szczepienia ochronne</b>					
1.	Odkleszczowe zapalenie mózgu	5				
2.	Tężec	5				
3.	WZW typ A (kpl)	1				
4.	WZW typ B (kpl)	5				
5.	Doszczepienie-1 dawka przyp. WZW A	1				

.....  
 podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy

## Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

<i>L.p.</i>	<i>Nazwa</i>	<i>Ilość osób</i>	<i>Cena jednostkowa netto PLN</i>	<i>stawka VAT %</i>	<i>Cena jednostkowa brutto PLN</i>	<i>Wartość brutto PLN</i>
6.	Doszczepienie-1 dawka przyp. WZW B	5				
	<b>Dodatkowe</b>					
1.	Udział lekarza medycyny pracy w komisji BHP (stawka za 1 godzinę)	2				
2.	Okresowy przegląd stanowisk pracy (stawka za 1 godzinę)					
3.	psychologiczne badanie operatorów wózków widłowych	8				
4.	M.P. Psychologiczne badania – ochrona fizyczna	3				
					<b>RAZEM*</b>	

Oświadczam, że zamówienie będzie realizowane zgodnie z warunkami i opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Ogłoszeniu oraz akceptuję zapisy umowy określone we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 3 do Ogłoszenia.

\*wpisać do tabeli 1

.....  
 podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy