|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Przewidywany rodzaj badania, świadczenia,** | **Szacunkowa ilość badań, świadczeń w okresie obowiązywania umowy** | **Cena jednostkowa netto badania, świadczenia w zł.** | **Wartość netto, badania świadczenia**  **(ilość poz. 2 x cena jednostkowa netto poz. 3) w zł.** | **Podatek VAT**  **do pozycji 4** | | **Łączna wartość brutto**  **badań, świadczeń**  **(wartość netto poz. 4 + podatek VAT kwotowo poz. 6) w zł.** |
| **%** | **Kwotowo w zł.** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1. | Lekarz medycyny pracy | 220 |  |  |  |  |  |
| 2. | Morfologia | 220 |  |  |  |  |  |
| 3. | Trójglicerydy | 220 |  |  |  |  |  |
| 4. | Cholesterol HDL | 220 |  |  |  |  |  |
| 5. | HbA1c glikowana | 20 |  |  |  |  |  |
| 6. | Rozmaz mikroskopowy | 5 |  |  |  |  |  |
| 7. | OB. | 220 |  |  |  |  |  |
| 8. | Badanie ogólne moczu | 220 |  |  |  |  |  |
| 9. | Cholesterol całkowity | 100 |  |  |  |  |  |
| 10. | Glukoza | 50 |  |  |  |  |  |
| 11. | GPT (ALAT) | 20 |  |  |  |  |  |
| 12. | GOT (ASPAT) | 20 |  |  |  |  |  |
| 13. | GGTP | 20 |  |  |  |  |  |
| 14. | Próba oziębieniowa | 3 |  |  |  |  |  |
| 15. | Bilirubina całkowita | 20 |  |  |  |  |  |
| 16. | Kreatynina | 20 |  |  |  |  |  |
| 17. | Badanie okulistyczne | 220 |  |  |  |  |  |
| 18. | Badanie EKG spoczynkowe | 110 |  |  |  |  |  |
| 19. | Badanie laryngologiczne | 110 |  |  |  |  |  |
| 20. | Badanie neurologiczne | 110 |  |  |  |  |  |
| 21. | W ramach badań wstępnych  Badanie psychotechniczne dla pracowników  nie zatrudnionych na stanowiskach kierowców tylko kierujących autem służbowym w ramach upoważnienia  kategoria B | 50 |  |  |  |  |  |
| 22. | W ramach badań okresowych  Badanie psychotechniczne dla pracowników nie zatrudnionych na stanowiskach kierowców tylko kierujących autem służbowym w ramach upoważnienia  kategoria B | 110 |  |  |  |  |  |
| 23. | Badanie psychotechniczne dla pracowników nie zatrudnionych na stanowiskach kierowców tylko kierujących autem służbowym, możliwe kategorie C, E, C+E, B+E itd. z wyłączeniem samej kat. B | 10 |  |  |  |  |  |
| 24. | Badanie psychotechniczne dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowców w tym przewożących inne osoby kat. B możliwe również inne kategorie | 2 |  |  |  |  |  |
| 25. | Badanie spirometryczne | 20 |  |  |  |  |  |
| 26. | Badanie RTG klatki piersiowej | 20 |  |  |  |  |  |
| 27. | Opinia lekarza w zakresie niezbędnym do oceny rodzaju i skutków wypadku przy pracy (Rozporządzenie RM w sprawie ustalania okoliczności wypadków przy pracy § 7 pkt 5) | 2 |  |  |  |  |  |
| 28. | Badanie Audiometryczne | 20 |  |  |  |  |  |
| 29. | Uczestniczenie lekarza  w pracach komisji BHP | 24 godziny | Cena jednostkowa za 1h |  |  |  |  |
|  |
|  |
| 30. | Szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (cena jednej dawki) | 30  Dawka I, II, III lub przypominająca wg potrzeb | Cena jednostkowa za  1 dawkę dla osoby nieszczepionej lub  już zaszczepionej |  |  |  |  |
|  |
| **1-30: Łączna wartość poz.** | | | | **Netto……..………………..…….** |  | | **Brutto ……………………..** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **UWAGA:** |  |  |
|  | Tabelę wypełniać z dokładnością do 2 miejsc po przecinku | |  |
|  | Wszelkie inne dopiski i komentarze na niniejszym załączniku są niedopuszczalne | | |

dnia \_\_ \_\_ 2026 roku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis i pieczęć Wykonawcy)*