|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 | 18 |  |  |  |  |  |
| 2. | Badania laboratoryjne krwi morfologia | 18 |  |  |  |  |  |
| 3. | Badania laboratoryjne krwi glukoza | 18 |  |  |  |  |  |
| 4. | Badania laboratoryjne krwi OB | 18 |  |  |  |  |  |
| 5. | Badania laboratoryjne krwi lipidogram | 18 |  |  |  |  |  |
| 6. | Badanie ogólne moczu | 18 |  |  |  |  |  |
| 7. | Badanie okulistyczne | 18 |  |  |  |  |  |
| 8. | Badanie laryngologiczne | 17 |  |  |  |  |  |
| 9. | Badanie neurologiczne | 1 |  |  |  |  |  |
| 10. | W ramach badań wstępnych i okresowych  Badanie psychotechniczne dla pracowników nie zatrudnionych na stanowiskach kierowców tylko kierujących autem służbowym w ramach upoważnienia  kategoria B | 12 |  |  |  |  |  |
| 11. | Badanie EKG spoczynkowe | 18 |  |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ poz. 1-11** | | | | **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)*