

## FORMULARZ – OFERTA CENOWA

### Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad Oddział w Szczecinie Rejon w Szczecinku

Ul. Kupiecka 5, 75-671 Koszalin  
[rejon.koszalin@gddkia.gov.pl](mailto:rejon.koszalin@gddkia.gov.pl)

#### Dotyczy zamówienia na:

**Profilaktyczną opiekę zdrowotną w zakresie medycyny pracy, polegającą na wykonywaniu badań wstępnych, kontrolnych i okresowych, dla pracowników i osób przyjmowanych do pracy w GDDKiA O/Szczecin Rejon Koszalin oraz wykonanie szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych dla zatrudnionych pracowników.**

#### Wykonawca:

.....  
(nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)

.....  
(NIP, REGON)

#### Gabinet Medycyny Pracy:

.....  
(dokładny adres)

Zamówienie będziemy realizować zgodnie z cenami:

#### 1. Badania lekarskie (wstępne, okresowe i kontrolne) pracowników administracyjnych, techniczno-inżynierskich, operatorów-kierowców.

| Rodzaj badania - konsultacji                                                                                                                                                                                            | Cena |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Konsultacja lekarza medycyny pracy z wydaniem orzeczenia                                                                                                                                                                |      |
| Badania laboratoryjne (obowiązkowe):                                                                                                                                                                                    |      |
| OB                                                                                                                                                                                                                      |      |
| Morfologia z rozmazem                                                                                                                                                                                                   |      |
| Poziom glukozy we krwi                                                                                                                                                                                                  |      |
| Badanie ogólne moczu                                                                                                                                                                                                    |      |
| Cholesterol całkowity                                                                                                                                                                                                   |      |
| Konsultacje specjalistyczne – (w przypadku zaistniałych wskazań):                                                                                                                                                       |      |
| Konsultacja okulistyczna wraz z badaniem wzroku i określeniem ewentualnej wady, wraz z wydaniem zaświadczenia dla zakładu pracy o pogorszeniu się wzroku pracownika w stosunku do wcześniejszego badania okulistycznego |      |
| Konsultacja neurologiczna                                                                                                                                                                                               |      |

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Konsultacja laryngologiczna                                                           |  |
| Badanie neurologiczne (wykonane przez lekarza medycyny pracy)                         |  |
| Badanie laryngologiczne (wykonane przez lekarza medycyny pracy)                       |  |
| Badanie okulistyczne (wykonane przez lekarza medycyny pracy)                          |  |
| Zdjęcie klatki piersiowej / płyta + opis<br>(w przypadku zaistniałych wskazań):       |  |
| Badanie EKG bez opisu                                                                 |  |
| Badanie EKG z opisem                                                                  |  |
| Badanie psychotechniczne kierowcy pojazdu do 3,5 tony<br>(z wydaniem orzeczenia)      |  |
| Badanie psychotechniczne kierowcy pojazdu powyżej 3,5 tony<br>(z wydaniem orzeczenia) |  |
| <b>SUMA</b>                                                                           |  |

**2. Szczepienia**

| <b>Rodzaj badania - zabiegu</b>                             | <b>Cena</b> |
|-------------------------------------------------------------|-------------|
| Badanie kwalifikujące do szczepienia                        |             |
| Szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu ( 1 dawka) |             |

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| <b>SUMA WSZYSTKICH BADAŃ (tab. 1+2)</b> |  |
|-----------------------------------------|--|

**Dodatkowe informacje:**

1. Termin realizacji umowy od 01.11.2025 r. do 31.10.2027 r. lub do wyczerpania maksymalnego wynagrodzenia Wykonawcy określonego w umowie.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszego zapytania oraz warunkami zawartymi w Opisie przedmiotu zamówienia (zał. nr 1), w Umowie (zał. nr 2) i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia otwarcia ofert.
4. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania Umowy (zał. nr 2) w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że:
  - posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
  - znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
  - nie podlegamy wykluczeniu z postępowania z powodu otwarcia w stosunku do nas likwidacji lub ogłoszenia upadłości,
  - gwarantujemy niezmienną cenę usługi w okresie trwania umowy.
6. Integralną częścią niniejszej oferty jest opis przedmiotu zamówienia (zał. nr 1).

**Dane kontaktowe:**

.....  
(imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę, nr telefonu, adres e-mail)

.....  
( data / pieczęć / podpis)