**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ CENOWY**

Dotyczy zamówienia na:

**Profilaktyczne badania lekarskie pracowników i osób przyjmowanych do pracy oraz profilaktyczna opieka zdrowotna nad pracownikami GDDKiA Oddziału w Bydgoszczy i Rejonu w Bydgoszczy**

W oparciu o *Zakres badań profilaktycznych* wskazany przy poszczególnych czynnikach niebezpiecznych, szkodliwych lub uciążliwych zawarty w Załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 (poz. 2131) przedstawiam poniższe ceny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa badania** | **Cena brutto****w zł** |
|  | Badanie lekarza medycyny pracy oraz wydanie orzeczenia |  |
|  | Badanie okulistyczne oraz wydanie zaświadczenia dot. potrzeby stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego |  |
|  | Badanie laryngologiczne |  |
|  | Badanie audiometryczne |  |
|  | Badanie neurologiczne |  |
|  | Badanie na olśnienie |  |
|  | Badanie na widzenie zmierzchowe |  |
|  | Badanie pracownika kierującego pojazd kat. B, B+E w ramach obowiązków służbowych oraz wydanie orzeczenia |  |
|  | Spirometria |  |
|  | EKG |  |
|  | RTG klatki piersiowej |  |
|  | Morfologia krwi z rozmazem |  |
|  | Badanie serologiczne w kierunku boreliozy |  |
|  | Lipidogram |  |
|  | Glukoza we krwi |  |
|  | Badanie ogólne moczu |  |
|  | Doradztwo w sprawach bhp za 1 godz. |  |
|  | Wizytacja stanowisk pracy za 1 godz. |  |
| **Całkowita cena brutto w zł** (tj. suma poszczególnych kwot z pozycji 1-18) |  |

Bydgoszcz, dnia ……………………………………….. r.

…………………………………………………….

podpis Wykonawcy/Pełnomocnika1

1 Ofertę podpisuje osoba uprawniona.