.....................................................

 *pieczęć firmowa*

**Formularz ofertowy**

 .........................................................................................................................................

 (nazwa firmy, adres, NIP, REGON, nr telefonu)

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **STANOWISKO** | **CENA BRUTTO** |
|  **NAUCZYCIELE** |
|  | Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
|  | Laryngolog |  |
|  | Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badania ogólne moczu) |  |
| RAZEM: |  |
| **ADMINISTRACJA – praca z monitorem powyżej 4h dziennie** |
|  | Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
|  | Lekarz okulista |  |
|  | Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badania ogólne moczu) |  |
| RAZEM: |  |
| **PRACOWNICY OBSŁUGI (praca powyżej 3m – 1os., praca do 3m – ok. 30os.)** |
|  | Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
|  | Lekarz okulista |  |
|  | Lekarz laryngolog |  |
|  | Lekarz neurolog |  |
|  | Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badania ogólne moczu) |  |
|  | Glukoza we krwi |  |
| RAZEM: |  |
| **PRACOWNICY KUCHNI** |
|  | Lekarz medycyny pracy + orzeczenie |  |
|  | EKG spoczynkowe z opisem |  |
|  | Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia krwi, OB., badania ogólne moczu) |  |
| RAZEM: |  |
| **POZOSTAŁE** |
|  | RTG klatki piersiowej |  |
|  | EKG spoczynkowe z opisem (w przypadku ciężkiej pracy fizycznej) |  |
|  | Wpis do książeczki do celów sanit. – epidem. w trakcie badań okresowych/wstępnych |  |
|  | Wydanie książeczki do celów sanit.-epidem. + wpis w trakcie badań okresowych/wstępnych |  |
|  | Wpis do książeczki do celów sanit.-epidem. poza badaniami okresowymi/wstępnymi |  |
|  | Wydanie książeczki do celów sanit.-epidem. poza badaniami okresowymi/wstępnymi |  |
|  | Orzeczenie o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia |  |
|  | Badanie pierwszorazowe z wydaniem książeczki do celów sanit.-epidem. zawierające trzykrotne badanie kału na nosicielstwo. |  |
| RAZEM: |  |

1. W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania zamówienia.
2. Zapoznałem/am się z treścią Zapytania Ofertowego oraz umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń oraz akceptuję warunki w nim zawarte.

 …………………………………….. …………………………………

 *(miejscowość i data) (podpis)*