**Załącznik nr 1 do zaproszenia**

**Formularz oferty cenowej**

**……………………………………**

(nazwa lub pieczęć wykonawcy)

Regionalna Dyrekcja Ochrony Środowiska

w Białymstoku

ul. Dojlidy Fabryczne 23

15-554 Białystok

**OFERTA CENOWA**

Odpowiadając na zaproszenie z dnia 16 stycznia 2017 r. nr WOF.261.1.2017.HŁ na objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną pracowników Regionalnej Dyrekcji Ochrony Środowiska w Białymstoku

1. wyrażam gotowość wykonania przedmiotu rozpoznania, za kwotę w wysokości:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Cena jednostkowa netto | Stawka VAT (%) | Cena jednostkowa  brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Badanie wstępne |  |  |  |
| 2 | Badanie okresowe |  |  |  |
| 3 | Badanie kontrolne |  |  |  |
| 4 | Konsultacja neurologiczna |  |  |  |
| 5 | Konsultacja okulistyczna z wydaniem zaświadczenia |  |  |  |
| 6 | Konsultacja laryngologiczna |  |  |  |
| 7 | Badanie psychotechniczne kierowców |  |  |  |
| 8 | Audiometria |  |  |  |
| 9 | Morfologia pełna krwi |  |  |  |
| 10 | Cholesterol całkowity |  |  |  |
| 11 | OB |  |  |  |
| 12 | Glukoza |  |  |  |
| 13 | Mocz |  |  |  |
| 14 | Prześwietlenie RTG klatki piersiowej:   * duży obrazek * mały obrazek |  |  |  |
| 15 | EKG |  |  |  |
| 16 | Udział lekarza w posiedzeniu komisji BHP |  |  |  |
| 17 | Udział lekarza w przeglądach BHP |  |  |  |
| 18 | Usługa zaszczepienia |  |  |  |
| 19 | RAZEM: (suma cen z kolumny 5) | | |  |

1. Oświadczam, że badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy wykonywać będą lekarze spełniający wymagania opisane w § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznejz dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 2067).
2. Oświadczam, że oferowane w powyższej tabeli ceny jednostkowe brutto są stałe i obowiązują przez cały okres realizacji umowy.
3. Akceptuję wymagany termin realizacji umowy: **od dnia 01 lutego 2017 r. do dnia 31 stycznia 2018 r.**

Do oferty załączam:

1. Aktualny wpis do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej
2. …………………

………….……………………………………

(*podpis i pieczątka wykonawcy*)