**…………………….……………..**

 data, miejscowość

**Formularz ofertowy**

**DANE WYKONAWCY:**

Nazwa: ........................................................................................................................................ .....................................................................................................................................................

Adres: ..........................................................................................................................................

Numer telefonu: ...........................................................................................................................

E-mail: .........................................................................................................................................

REGON:.......................................................................................................................................

NIP: .............................................................................................................................................

W nawiązaniu do prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego na zadanie pn.:

**„Świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich”**

oferujemy wykonanie zamówienia, w zakresie określonym w zaproszeniu do składania ofert według poniższych warunków:

**Oferta cenowa na 2024 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Cena brutto** |
| Badanie lekarza uprawnionego + wydanie orzeczenia PIP |  |
| Badanie lekarza uprawnionego + wydanie orzeczenia PIS |  |
| Morfologia krwi z rozmazem |  |
| OB |  |
| Mocz – badanie ogólne |  |
| Cholesterol całkowity |  |
| Pełny lipidogram (Chol, HDL, LDL, TG) |  |
| Glukoza we krwi |  |
| WR |  |
| Transaminazy |  |
| Trójglicerydy |  |
| Badanie spirometryczne |  |
| Badanie EKG |  |
| RTG klatki piersiowej |  |
| Badanie lekarza specjalisty okulisty |  |
| Badanie lekarza neurologa |  |
| Badanie lekarza laryngologa |  |
| Badanie audiometryczne |  |
| **Razem** |  |

…….……………………………

*podpis i pieczęć osób upoważnionych*

*do reprezentowania wykonawcy*