**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/08/2023/UM PSYCH/MP**,

***w rodzaju: konsultacje psychologiczne w ramach medycyny pracy***

1. Dane Oferenta:

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

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

Tel. kontaktowy…………………………....................................................................................

3. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia - wycena świadczonych usług:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** |  | **Proponowana cena brutto** |
| badanie psychologiczne z zakresu medycyny pracy (badanie diagnostyczne ogólne) | osoba |  |
| badanie psychotechniczne dla kierowców | osoba |  |
| badanie psychologiczne dla operatorów wózków widłowych i innych podnośników | osoba |  |
| badanie psychologiczne kierowcy uprzywilejowanego | osoba |  |
| badanie psychologiczne kierowcy skierowanego przez policję | osoba |  |
| badania psychologiczne osób ubiegających się lub posiadających prawo  do wykonywania lub kierowania działalnością gospodarczą | osoba |  |
| badania psychologiczne osób bezpośrednio zatrudnionych przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym lub do użytku cywilnego | osoba |  |
| badania psychologiczne osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie  na posiadanie broni | osoba |  |
| badanie psychologiczne osób ubiegających się lub posiadających licencję kwalifikowanego pracownika ochrony | osoba |  |
| badanie psychologiczne osób ubiegających się lub posiadających licencję: | | |
| detektyw | osoba |  |
| sędzia |  |
| komornik |  |
| badania psychologiczne strażnika: | | |
| - miejskiego | osoba |  |
| - gminnego |  |
| badania psychologiczne OSP | osoba |  |
| badania psychologiczne pracowników zabezpieczenia technicznego | osoba |  |
| badania psychologiczne osób pracujących na wysokości powyżej 3m | osoba |  |
| badania psychologiczne kierowanych przez policję | osoba |  |
| ciemnia | osoba |  |

4.Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

możliwość indywidualnych ustaleń w zależności od zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia

TAK/ NIE\*

Podpis i data

\* niepotrzebne skreślić