**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/7/2024 MP – MEDYCYNA PRACY**,

zakres: **świadczenia z zakresu medycyny pracy - orzecznictwo lekarskie**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

1. Oferta cenowa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia w zakresie medycyny pracy\*** | **Jednostkaosoba** | **Proponowana cena (brutto)** |
| **1** | Badanie profilaktyczne dla potrzeb medycyny pracy i orzeczenie lekarskie | 1 |  |
| **2** | Badanie na kierowców i wydanie orzeczenia lekarskiego | 1 |  |
| **3** | Badanie kierowcy pojazdu uprzywilejowanego/przewożący wartości pieniężne wraz z orzeczeniem lekarskim | 1 |  |
| **4** | Badanie osób ubiegających się o pozwolenie na broń i orzeczenie lekarskie | 1 |  |
| **5** | Badanie kwalifikowanych pracowników ochrony i orzeczenie lekarskie | 1 |  |
| **6** | Badanie na detektywa z wydaniem orzeczenia lekarskiego | 1 |  |
| **7** | Badanie na sędziego/komornika/prokuratora itp. z orzeczeniem lekarskim | 1 |  |
| **8** | Badanie profilaktyczne strażników gminnych i miejskich i wydanie orzeczenia lekarskiego | 1 |  |
| **9**  | Badanie lekarskie z wydaniem orzeczenia lekarskiego dla żołnierzy i pracowników ron | 1 |  |
| **10** | Przegląd stanowisk pracy i ocena ryzyka zawodowego | 1 |  |
| **11** | Kwalifikacja lekarza do szczepień ochronnych | 1 |  |
| **12** | Badanie sanitarno-epidemiologiczne | 1 |  |

\*jednostkowa cena za świadczenie powinna być uzupełniona tylko przy tych świadczeniach, do których Oferent posiada uprawnienia. Poszczególne badania będą rozpatrywane oddzielnie.

Data i podpis Oferenta