**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/4/2017/UM MP**

zakres: **świadczenia psychiatryczne z zakresu medycyny pracy**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **jednostka** | **Proponowana cena brutto** |
| Badanie psychiatryczne osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na broń | osoba |  |
| Badanie osób pracujących przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym  lub policyjnym | osoba |  |
| Badanie psychiatryczne kwalifikowanych pracowników ochrony | osoba |  |
| Badanie psychiatryczne na licencję  na detektywa | osoba |  |
| Badanie psychiatryczne wraz  z orzeczeniem na detektywa | osoba |  |

data i podpis