



ZAMAWIAJĄCY: GMINA KUNÓW
ul. Warszawska 45B, 27-415 Kunów
tel./fax 41/26-13-174, 261-13-62, 261-13-56
NIP 661-21-59-982

Dane dotyczące Wykonawcy:

Imię Nazwisko/nazwa:

Adres:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer NIP:

FORMULARZ ASORTYMENTOWY

w postępowaniu pn. „*Usługi w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników Urzędu Miasta i Gminy w Kunowie oraz członków Ochotniczych Straży Pożarnych*”

Odpowiadając na zapytanie ofertowe Nr IGP.II.271.2.2020 pn. „Usługi w zakresie medycyny pracy na rzecz pracowników Urzędu Miasta i Gminy w Kunowie oraz członków Ochotniczych Straży Pożarnych” zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym składamy niniejszą ofertę.

OFERTA CENOWA:

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Liczba planowanych badań	Cena za 1 badanie /brutto/ (w zł)	Wartość całkowita zamówienia/brutto/ kol. 3 x ilość z kol. 2 (w zł)
	1	2	3	4
BADANIA LEKARSKIE				
1	Badanie wstępne z orzeczeniem	24		
2	Badania kontrolne z orzeczeniem	2		
3	Badania okresowe z orzeczeniem	87		
4	Badania okulistyczne	91		
BADANIA LABORATORYJNE				

BADANIA PODSTAWOWE				
5	Badania morfologiczne krwi	99		
6	OB	99		
7	Badanie ogólne moczu	99		
BADANIA SPECJALISTYCZNE				
8	Cholesterol całkowity w surowicy	32		
9	Glukoza (cukier w surowicy krwi)	99		
BADANIA DIAGNOSTYCZNE				
BADANIA SPECJALISTYCZNE				
10	EKG z opisem	99		
11	Badania psychotechniczne kierowców (pełne - kierowcy kat. B)	4		
BADANIA RADIOLOGICZNE				
12	Zdjęcie RTG klatki piersiowej z opisem	77		
13	Badania laryngologiczne	67		
14	Badania neurologiczne	67		
15	Badania psychotechniczne kierowców kierujących pojazdami uprzywilejowanymi	4		
RAZEM:				

Cena oferty (łącznie cena za całość przedmiotu zamówienia w okresie obowiązywania umowy) wynosi:

**Cena oferty brutto wynosi PLN
(słownie:).**

.....
Miejscowość, data

.....
*Podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczęć*