|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Załącznik nr 1**

**Do szacowania wartości zamówienia z dnia 24 października 2023 r.**

**Szacunkowy koszt badań z zakresu medycyny pracy**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

(nazwa firmy, dokładny adres Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa usługi medycznej | 1  Planowana liczba badań | 2  Koszt jednostkowy brutto | 3  Łączny koszt badań brutto  (1\*2) |
| **Badania lekarskie** | | | |  |
| 1 | Lekarz medycyny pracy z wydaniem zaświadczenia | 310 |  |  |
| 2 | Okulista | 330 |  |  |
| 3 | Neurolog | 10 |  |  |
| 4 | Psycholog (badanie psychotechniczne dla kierowców) | 30 |  |  |
| 5 | Morfologia, OB | 70 |  |  |
| 6 | Cholesterol całkowity | 30 |  |  |
| 7 | Glukoza | 30 |  |  |
| 8 | EKG z opisem | 40 |  |  |
| Suma 1: | | | |  |
| **Pozostałe badania** | | | | |
| 1 | Pozostałe badania, niewymienione w poz. „badania lekarskie”, które mogą być wykonywane na potrzeby Zamawiającego. Zamawiający nie ma możliwości określenia rodzaju oraz liczby takich badań. Wykonawca zobowiązany jest wskazać wartość obliczoną jako 15% z pozycji Suma 1: | (Suma 2 = 15% \* Suma 1): | | |
| Suma 2: | | | |  |
| Suma 1 + Suma 2 | | | |  |

……………………………….……….. dnia ………………………… 2023 r.

…………………………………………………..

(pieczęć i podpis Wykonawcy)