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

**Załącznik nr 1**

**Do szacowania wartości zamówienia z dnia …………………………………………. r.**

**Szacunkowy koszt badań z zakresu medycyny pracy**

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

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

(nazwa firmy, dokładny adres Wykonawcy)



……………………………….……….. dnia ………………………… 2024 r.

…………………………………………………..

(pieczęć i podpis Wykonawcy)

W załączeniu przekazujemy:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru.
2. Aktualny cennik obejmujący pozostałe nie wymienione w formularzu oferty usługi/badania.