

FORMULARZ OFERTY

.....
pieczęć Wykonawcy

Dane Wykonawcy:

Nazwa:

Adres:

NIP:REGON:

Telefon: e-mail:.....

Osoba uprawniona do kontaktu:

W nawiązaniu do Zapytania ofertowego składamy niniejszą ofertę na:

„Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy dla kandydatów do pracy i pracowników Państwowej Inspekcji Pracy Okręgowego Inspektoratu Pracy w Bydgoszczy Oddział we Włocławku”

oferujemy wykonywanie usług w nw. cenach:

Przewidywana liczba osób do badań w okresie 24 m-cy: 10

Lp.	Nazwa badania	Cena jednorazowego badania brutto
1.	Badanie lekarskie i wydanie orzeczenia o zdolności do pracy	
2.	Rtg klatki piersiowej	
3.	EKG	
4.	Cholesterol całkowity	
5.	Glukoza we krwi	
6.	Morfologia z rozmazem	
7.	Konsultacja okulistyczna (z wydaniem recepty na okulary)	
8.	Konsultacja neurologiczna	
9.	Konsultacja laryngologiczna	
10.	Badanie psychologiczne kierowców prowadzących samochód służbowy	
	RAZEM:	

Podane w powyższej tabeli ceny służą porównaniu ofert.

Inne badania niewymienione powyżej zostaną wykonane, zgodnie z obowiązującym na dzień podpisania umowy cennikiem Wykonawcy, o ile konieczność ich przeprowadzenia zostanie stwierdzona przez lekarza medycyny pracy.

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta