



## OFERTA CENOWA

Ja / My niżej podpisany/podpisani .....,  
działając w imieniu i na rzecz .....,  
w odpowiedzi na zapytanie ofertowe na zadaniu: „Świadczenie usług medycznych dla Urzędu  
**Gminy Chelmiec oraz jednostek organizacyjnych gminy Chelmiec w 2019-2021r.**”, składam/y  
niniejszą ofertę:

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń.
2. Oferujemy za realizację zamówienia następującą **cenę jednostkową i zbiorczą:**  
**Cennik badań lekarskich i diagnostycznych dla Gminy Chelmiec.**

Lp.	Nazwa badania	Cena jednostkowa (brutto w zł)
<b>Konsultacje lekarskie.</b>		
1	Badanie profilaktyczne:	-----
1a	- wstępne	
1b	- okresowe	
2	Badanie kontrolne	
3	Konsultacja neurologiczna	
4	Konsultacja okulistyczna:	-----
4a	- z doborem szkieł	
4b	- bez doboru szkieł	
5	Konsultacja otolaryngologiczna	
6	Konsultacja psychiatryczna	
7	Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych (bezterminowo).	
8	Badanie kwalifikacyjne dla kierowców KAT B	
9	Badanie psychologiczne kierowców KAT B	
10	Badanie widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie.	
11	Uczestnictwo lekarza w komisji BHP	
<b>SUMA</b>		
<b>Świadczenie diagnostyczne.</b>		
12	Badanie spirometryczne	
13	Badanie audiometryczne	
14	Badanie EKG	
<b>SUMA</b>		
<b>Inne świadczenia.</b>		
15	Aktualizacja książeczki sanitarno - epidemiologicznej	
16	Zdjęcie klatki piersiowej z opisem (RTG)	
<b>SUMA</b>		
<b>SUMA</b>		

Badania analityczne.		
17	Morfologia krwi obwodowej	
18	Morfologia krwi - rozmaz	
19	OB (Odczyn Biernackiego)	
20	Mocz – badanie ogólne	
21	Cholesterol całkowity	
22	Glukoza	
23	OWA – odczyn Wassermana	
24	HBS	
25	ALAT,	
26	ASPAT,	
27	Bilirubina,	
28	Kreatynina	
		<b>SUMA</b>
<b>RAZEM</b>		

cena netto (RAZEM): ..... zł,

podatek VAT (RAZEM): ..... zł,

**cena brutto (RAZEM, cena zbiorcza): ..... zł,**

słownie (..... złotych .... /100)

3. Wykonam/y przedmiot zamówienia w terminie: - do 31.01.2021r.
4. Oświadczam/y, że jesteśmy płatnikami podatku VAT zarejestrowanymi pod nr NIP  
.....
5. Uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
7. Dane kontaktowe: tel: ....., e-mail:.....
8. Czy badania lekarskie i diagnostyczne, będą mogły odbywać się w siedzibie pracodawcy: TAK, NIE.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej, proszę określić minimalną liczbę pracowników: ..... osób.

9. Uwagi:

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

Miejscowość, data:.....

.....

(podpis osoby / osób / uprawnionej do reprezentowania  
Wykonawcy)