

.....  
( miejscowość, data )

.....  
(pieczętka Wykonawcy, nazwa, adres)

tel..... fax .....

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

### OFERTA

Odpowiadając na zaproszenie do udziału w rozpoznaniu cenowym:  
***Świadczenie usług w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami i kandydatami do pracy w Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Koszalinie, ul. Morska 43.***

#### 1. Badania podstawowe:

Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto (w zł)
Badanie przez lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań profilaktycznych + wydanie orzeczenia	
Badanie okulistyczne	
Badanie ogólne moczu	
Morfologia krwi, OB., poziom glukozy i cholesterol całkowity	
<b>Razem:</b>	

#### 2. Badania dodatkowe:

Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto (w zł)
Pozostałe badanie specjalistyczne (np. otolaryngologiczne, neurologiczne, dermatologiczne oraz inne zlecone według wskazań)	
Badanie EKG	
Rtg klatki piersiowej	
badanie do celów sanitarno- epidemiologicznych	
Badanie psychologiczne + test	

<b>Razem:</b>	
---------------	--

3. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
4. Wyznaczam panią/pana .....  
tel, ..... do kontaktu z Zamawiającym.
5. Rozliczenie transakcji następować będzie przelewem. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności w rozliczeniach z Zamawiającym.

*Uwaga!*

*Powyższy wykaz badań służy jedynie do oceny ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej.  
Decyzja o wykonaniu konkretnych badań należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy.*

**Warunki wykonania zamówienia:**

1. Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zapytaniu i złożonej ofercie.
2. Oświadczamy, że świadczone przez nas usługi są zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi.
4. Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
5. Oświadczamy, że posiadamy wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny do należytego wykonywania usług będących przedmiotem umowy.
6. Oświadczamy, że zaoferowane ceny pozostają niezmiennie przez okres obowiązywania umowy
7. Informujemy, że badania będą przeprowadzane w  
.....  
.....  
w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od..... do.....
8. Do oferty dołączamy cennik pozostałych badań nieujętych w formularzu ofertowym, który będzie obowiązywał niezmiennie przez okres trwania umowy.

Miejsce i data: .....

.....  
(pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej)