**sygn. postępowania: ZZ-2380-20/23 zał. nr 2.5 do swz/nr 4 do umowy**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

**Część V – Komisariat Policji Barlinek (KPP Myślibórz) - całodobowo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenie usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych zlecanych przez jednostki**  **Policji** | **Szacunkowa ilość badań** | **Oferowana cena jednostkowa brutto za badanie w zł** | **Wartość brutto**  **w zł** |
| **A** | **B** | **A x B** |
| 1. | 1) wykonania badania lekarskiego osobom doprowadzonym do miejsca wykonywania badań  i przewidzianej do umieszczenia w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym;  2) wydania zaświadczenia lekarskiego o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych do przebywania osoby zatrzymanej w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym wraz  z uzasadnieniem (wg obowiązujących wzorów)  3) wystawienia recepty na niezbędne leki oraz wskazania do ich stosowania i dawkowania; | 110 | …… | …….. |
| 2 | pobrania krwi (bez badania analitycznego) od osoby zatrzymanej na zawartość we krwi alkoholu bądź innego podobnie działającego środka oraz sporządzenie protokołu pobrania krwi. | 70 | …………. | …………. |
| 3 | pobrania/badania moczu od osoby zatrzymanej na zawartość narkotyków oraz sporządzenie karty informacyjnej ( zaświadczenia) | 70 | ………… | ………… |
| Całkowita wartość oferty brutto | | | | …………. |

Gwarantuje wykonanie zamówienia w obiekcie w którym wyposażenie i urządzenia są zgodne z wymaganiami, określonymi dla placówek medycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia

..............................., dn. ................. ….....................................................................................

*Podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty   
(zaawansowany podpis elektroniczny)*