**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Konsultacje** | **Cena netto** | **Stawka podatku VAT w %** | **Wartość podatku VAT**(kolumna 2 x kolumna 3) | **Cena brutto**(kolumna 2 + kolumna 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. Konsultacja laryngologiczna/foniatryczna
 |  |  |  |  |
| 1. Konsultacja neurologiczna
 |  |  |  |  |
| 1. Konsultacja okulistyczna
 |  |  |  |  |
| 1. Konsultacja pulmonologiczna
 |  |  |  |  |
| 1. Lekarz orzecznik
 |  |  |  |  |
| 1. Lekarz orzecznik - kierowcy
 |  |  |  |  |
| 1. Psycholog
 |  |  |  |  |
| **CENA PAKIETU „konsultacje” RAZEM:** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Badania diagnostyczne** | **Cena netto** | **Stawka podatku VAT w %** | **Wartość podatku VAT**(kolumna 2 x kolumna 3) | **Cena brutto**(kolumna 2 + kolumna 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. Audiometria
 |  |  |  |  |
| 1. EKG
 |  |  |  |  |
| 1. Spirometria
 |  |  |  |  |
| 1. RTG klatki piersiowej
 |  |  |  |  |
| 1. Widzenie zmierzchowe i zjawisko olśnienia
 |  |  |  |  |
| 1. Pole widzenia
 |  |  |  |  |
| 1. Palestezjometria (badanie czucia wibracji)
 |  |  |  |  |
| 1. Próba uciskowa z termometrią skórną i próbą uciskową
 |  |  |  |  |
| **CENA PAKIETU „badania diagnostyczne” RAZEM:** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Badania laboratoryjne** | **Cena netto** | **Stawka podatku VAT w %** | **Wartość podatku VAT**(kolumna 2 x kolumna 3) | **Cena brutto** (kolumna 2 + kolumna 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Z tytułu hematologii:** |  |  |  |  |
| - morfologia |  |  |  |  |
| - morfologia z rozmazem ręcznym |  |  |  |  |
| - OB. |  |  |  |  |
| - retikulocyty |  |  |  |  |
| **Z tytułu analityki ogólnej:** |  |  |  |  |
| - mocz badanie ogólne |  |  |  |  |
| **Z tytułu biochemii:** |  |  |  |  |
| - glukoza |  |  |  |  |
| - kreatynina |  |  |  |  |
| - kwas moczowy |  |  |  |  |
| - białko |  |  |  |  |
| - sód/potas |  |  |  |  |
| - magnez |  |  |  |  |
| - wapń |  |  |  |  |
| - fosfor |  |  |  |  |
| - ASPAT |  |  |  |  |
| - ALAT |  |  |  |  |
| - lipidogram |  |  |  |  |
| - bilirubina całkowita |  |  |  |  |
| - GGTP |  |  |  |  |
| - CRP |  |  |  |  |
| - fosfataza alkaliczna |  |  |  |  |
| - żelazo |  |  |  |  |
| - CPK  |  |  |  |  |
| **Diagnostyka cukrzycy:** |  |  |  |  |
| - glukoza w surowicy |  |  |  |  |
| - glukoza w moczu |  |  |  |  |
| - glukoza DZM |  |  |  |  |
| - test obciążenia glukozą (2 stopnie) |  |  |  |  |
| **CENA PAKIETU „badania laboratoryjne” RAZEM:** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Badania inne:** | **Cena netto** | **Stawka podatku VAT w %** | **Wartość podatku VAT**(kolumna 2 x kolumna 3) | **Cena brutto** (kolumna 2 + kolumna 4) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| - TSH |  |  |  |  |
| - antygen Hbs |  |  |  |  |
| - HCV |  |  |  |  |
| -psychotesty (testy sprawności psychoruchowej) |  |  |  |  |
| - badania psychologiczne |  |  |  |  |
|  - holter |  |  |  |  |
| - USG echo serca |  |  |  |  |
| - zaświadczenie o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy |  |  |  |  |
| **CENA PAKIETU „badania inne” RAZEM:** |  |  |  |  |

……………………………………………………………………

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.*