Załącznik nr 1

................................, dnia.................20.....r.

………………………………...

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

…………………………………

**Nr telefonu /faxu**

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

NIP

…………………………………

REGON

**Gminny Zakład Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej w Wągrowcu,**

**ul. Janowiecka 98A, 62-100 Wągrowiec**

**OFERTA**

**ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W ZAKRESIE PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

W nawiązaniu do zaproszenia pn. „Świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej” na okres od 1 marca 2021 roku do 31 grudnia 2022 roku, oferuje wykonanie usług w pełnym zakresie podanym w zaproszeniu za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość świadczeń** | **Wartość brutto** |
| 1 | Morfologia |  | 14 |  |
| 2 | Glukoza |  | 14 |  |
| 3 | Cholesterol |  | 14 |  |
| 4 | Badanie moczu |  | 14 |  |
| 5 | OB |  | 14 |  |
| 6 | EKG z opisem |  | 14 |  |
| 7 | ALAT |  | 8 |  |
| 8 | ASPAT |  | 8 |  |
| 9 | GGTP |  | 8 |  |
| 10 | spirometria |  | 8 |  |
| 11 | audiometria tonalna |  | 8 |  |
| 12 | badanie lekarza medycyny pracy z wydaniem orzeczenia o zdolności do pracy |  | 14 |  |
| 13 | badanie z zakresu okulistyki |  | 14 |  |
| 14 | badanie z zakresu neurologii |  | 8 |  |
| 15 | badanie z zakresu laryngologii |  | 8 |  |
| 16 | badanie widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie |  | 14 |  |
| 17 | badanie psychologiczne kierowców kat. B |  | 8 |  |
| 18 | badanie psychologiczne kierowców kat. C |  | 7 |  |
| 19 | badania psychologiczne kierowców kat. D |  | 1 |  |

Słownie wartość zamówienia:…………………………………..…………………………….………………..

Oferuje wykonanie zadania w terminie i z zachowaniem warunków określonych w zaproszeniu do złożenia ofert.

……………………………………. (data i podpis osoby przygotowującej ofertę)

………………………………………… (data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania)