**FORMULARZ CENOWY**

NA USŁUGI ŚWIADCZENIA PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY DLA POLICJANTÓW I PRACOWNIKÓW AKADEMII POLICJI W SZCZYTNIE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWA ŚWIADCZENIA** | | **Planowana liczba osób**  **do przebadania**  **w roku** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość całkowita netto(PLN)** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość całkowita brutto(PLN)** |
| **A** | **B** | **AXB** | **C** | **AXC** |
|  | **Badania wstępne z wydaniem orzeczenia** | | **30** |  |  |  |  |
|  | **Badania okresowe z wydaniem orzeczenia** | | **400** |  |  |  |  |
|  | **Badania kontrolne z wydaniem orzeczenia** | | **50** |  |  |  |  |
|  | **Badanie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych** | | **5** |  |  |  |  |
|  | **RTG klatki piersiowej** | | **150** |  |  |  |  |
|  | **Badanie psychiatryczne** | | **2** |  |  |  |  |
|  | **Badania okulistyczne** | | **300** |  |  |  |  |
|  | **Badania neurologiczne** | | **100** |  |  |  |  |
|  | **Badania laryngologiczno – foniatryczne** | | **200** |  |  |  |  |
|  | **Badania laboratoryjne podstawowe w tym:** | | **430** |  |  |  |  |
| Morfologia krwi z rozmazem | | **x** |  | x |  | **x** |
| OB | | **x** |  | x |  | **x** |
| Badanie ogólne moczu | | **x** |  | x |  | **x** |
| Glukoza | | **x** |  | x |  | **x** |
| Cholesterol całkowity | | **x** |  | x |  | **x** |
|  | **Badania biochemiczne dodatkowe** | |  |  |  |  |  |
| **- próby wątrobowe** | | **50** |  |  |  |  |
| **Inne:** | |  |  |  |  |  |
| **- Elektrolity** | | **50** |  |  |  |  |
| **- Bilirubina** | | **150** |  |  |  |  |
| **- HBs** | | **10** |  |  |  |  |
| **Kreatynina** | | **150** |  |  |  |  |
| **- Przeciwciała anty HIV** | | **2** |  |  |  |  |
| **- Przeciwciała HCV** | | **2** |  |  |  |  |
| **- TSH** | | **20** |  |  |  |  |
| **- Fosfataza alkaliczna** | | **40** |  |  |  |  |
| **- HDL, LDL** | | **50** |  |  |  |  |
| **Kwas moczowy** | | **50** |  |  |  |  |
| **Triglicerydy** | | **50** |  |  |  |  |
|  | **Badania audiometryczne** | | **30** |  |  |  |  |
|  | **EKG bez opisu** | | **200** |  |  |  |  |
|  | **Badania spirometryczne** | | **80** |  |  |  |  |
|  | **Badanie/konsultacja psychologiczna dla Medycyny Pracy i wydanie orzeczenia** | | **15** |  |  |  |  |
|  | **Orzeczenie lekarskie kierowców pojazdu, skierowanie z zakładu pracy: kat C, D, pojazdy uprzywilejowane (badania):** | | **7** |  |  |  |  |
| badanie okulistyczne | | **x** |  | x |  | **x** |
| badanie neurologiczne | | **x** |  | x |  | **x** |
| glukoza krwi żylnej | | **x** |  | x |  | **x** |
| badanie widzenia zmierzchowego, wrażliwość na olśnienie i wrażliwość na kontrast | | **x** |  | x |  | **x** |
| badanie internistyczne i wydanie orzeczenia przez uprawnionego lekarza | | **x** |  | x |  | **x** |
|  | **Orzeczenie lekarskie kierowców pojazdów, skierowanie z zakładu pracy: kat B, badania wstępne** | | **15** |  |  |  |  |
| Badanie okulistyczne | | **x** |  | x |  | **x** |
| Badanie neurologiczne | | **x** |  | x |  | **x** |
| Glukoza krwi żylnej | | **x** |  | x |  | **x** |
| Konsultacja psychologiczna, w tym badanie widzenia zmierzchowego i wrażliwość na olśnienie i wrażliwość na kontrast | | **x** |  | x |  | **x** |
| Badanie internistyczne i wydanie orzeczenia przez uprawnionego lekarza | | **x** |  | x |  | **x** |
|  | **Orzeczenie lekarskie kierowców pojazdów, skierowanie z zakładu pracy: kat B badania okresowe** | | **60** |  |  |  |  |
| Badanie okulistyczne | | **x** |  | x |  | **x** |
| Glukoza krwi żylnej | | **x** |  | x |  | **x** |
| badanie widzenia zmierzchowego, wrażliwość na olśnienie i wrażliwość na kontrast | | **x** |  | x |  | **x** |
| Badanie internistyczne i wydanie orzeczenia przez uprawnionego lekarza | | **x** |  | x |  | **x** |
|  | **Postępowanie poekspozycyjne** (UWAGA! należy podać cenę ustaloną w oparciu owykaz badań w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej zał. nr 3 do SWZ) | | **1** |  |  |  |  |
|  | **Szczepienia ochronne** | | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** |
|  | **przeciw tężcowi** | **20**(x1 dawka) |  |  |  |  |
| **WZW typ B** | **5**(x1 dawka) |  |  |  |  |
| **WZW typ A** | **5**(x1 dawka) |  |  |  |  |
| **KZM** | **50**(x3 dawki) |  |  |  |  |
| **przeciw durowi brzusznemu** | **3**(x1 dawka) |  |  |  |  |
|  | **Poziom ołowiu we krwi** | | **30** |  |  |  |  |
|  | **Poziom cynkoprotoporfiryn we krwi** | | **30** |  |  |  |  |
|  | **Poziom kwasu deltaamin.** | | **30** |  |  |  |  |
|  | **Udział lekarza MP w Komisji BHP** | | **1** |  |  |  |  |
|  | **Udział lekarza MP w przeglądzie stanowisk**(w komisji dokonującej oceny warunków szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia policjantów uprawniających do uzyskania urlopu dodatkowego) | | **1** |  |  |  |  |
|  | **Razem** | | **X** | **X** |  | **X** |  |

**Razem wartość brutto (cena) oferty wynosi: …………………..……………….. zł**

**Informacja dla Wykonawcy:**

*Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z Ofertą.*