Nysa, dnia………………

**Formularz ofertowy**

Przedmiot umowy: **„Świadczenie opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej dla pracowników w Ośrodka Pomocy Społecznej w Nysie w 2017r.”**

**ZAMAWIAJACY: Ośrodek Pomocy Społecznej w Nysie**

 **ul. Komisji Edukacji Narodowej 1A**

 **48-303 Nysa**

**WYKONAWCA: ………………………………………………………**

 **………………………………………………………**

 **……………………………………………………..**

 **………………………………………………………**

**1. Oferujemy wykonanie badań oraz usług z zakresu medycyny pracy”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Cena netto** | **Cena brutto** |
| 1. | Badanie profilaktyczne |  |  |
| 2. | Konsultacje okulistyczne |  |  |
| 3. | Badania wysokościowe |  |  |
| 4. | Badania sanitarno- epidemiologiczne |  |  |
| 5. | Badania dla kierowców do korzystania z samochodu prywatnego w celach służbowych |  |  |
| 6. | Badanie psychologiczne |  |  |
| 7. | Badanie krwi - morfologia |  |  |
| 8. | Laryngolog |  |  |
| 9. | Neurolog |  |  |
| 10. | EKG |  |  |
| 11. | RTG klatki piersiowej |  |  |
| 12. | Glukoza ( poziom cukru) |  |  |
| 13. | Mocz – badanie ogólne |  |  |
| 14. | OB |  |  |
| 15. | Cholesterol całkowity |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | RAZEM: |  |  |

2. Termin realizacji umowy od 02.01.2017r. do 31.12.2017r.

3. Usługi będą wykonywane na terenie Nysy w dni robocze od poniedziałku do piątku
w godzinach urzędowania Ośrodka Pomocy Społecznej od 7.00-15.00 za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.

4. Deklarujemy niezmienność cen w okresie obowiązywania umowy.

5. Wynagrodzenie za wykonane usługi realizowane będzie przelewem na podstawie faktury dostarczonej do siedziby Zamawiającego.

6. Termin zapłaty 14 dni od daty dostarczenia faktury do siedziby Zamawiającego.

 ………………………………………….

 ( podpis Wykonawcy)