**Znak sprawy: ZP/BZLR/0004/2024 *Załącznik nr 1 do umowy nr ZP/…/2024***

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa: ……………………………………..

Adres: ……………………………………………

Tel. i e-mail: ………………………………………..

**Zamawiający:**

Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu

43-384 Jaworze ul. Słoneczna 83

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj usługi | Ilość planowana na 12 m-cy | Cena netto za badanie/ usługę (w zł) | Cena brutto za badanie/ usługę (w zł) | Wartość netto(w zł) | Stawka VAT(w %) | Wartość brutto(w zł) |
| **Badanie profililaktyczne pracownika: wstępne, okresowe, kontrolne, wydawanie stosownych orzeczeń lekarskich** | 55 |  |  |  |  |  |
| **Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych poza badaniem profilaktycznym** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Badanie profilaktyczne pracownika: wstępne, okresowe i kontrolne z badaniem do celów sanitarno-epidemiologicznych i aktualizacją Pracowniczej Książeczki Zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych, wydawanie stosownych orzeczeń lekarskich** | 53 |  |  |  |  |  |
| **Badanie pod kątem okulistycznym** | 34 |  |  |  |  |  |
| **Konsultacja okulistyczna** | 13 |  |  |  |  |  |
| **Badanie pod kątem laryngologicznym** | 16 |  |  |  |  |  |
| **Badanie pod kątem neurologicznym** | 18 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - EKG** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Badanie pracownika kierującego pojazdem do 3,5t (kat. B) w ramach obowiązków służbowych z poziomem glukozy** | 3 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - badanie widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie** | 3 |  |  |  |  |  |
| **Konsultacja psychologiczna pracującego na stanowisku wymagającej pełnej sprawnosci psychoruchowej** | 3 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - lipidogram** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - badanie glukozy** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - pobieranie materiału do badania** | 3 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - morfologia** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - aspat** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - alat** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - bilirubina** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - przeciwciała anty-HBc całkowite** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - przeciwciała anty-HCV** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Usługa medyczna - HIV combo** | 10 |  |  |  |  |  |
| **Badanie ogólnolekarskie pracownika narażonego na promieniowanie jonizujące** | 2 |  |  |  |  |  |
| **Udział lekarza w Komitecie ds. kontroli zakażeń wewnątrzszpitalnych (dotyczy zadań określonych w par. 2 ust. 1 pkt. f umowy) -** **1 godz. wraz z kosztami dojazdu** | 3 godz. |  |  |  |  |  |
| **Wizytacja stanowisk pracy -****udział lekarza -** **1 godz. wraz z kosztami dojazdu** | 1 godz. |  |  |  |  |  |
|  | **Łącznie** |  |  |  |

**Wartość oferty brutto: ……………………. Słownie złotych: ……………………………………………….**

**Wartość oferty netto: ……………………… Słownie złotych: ……………………………………………….**

……………………………….  **………………………………**

 (miejscowość, data) **Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy**