**Załącznik Nr 1**

………………………………………..

(pieczęć oferenta)

**FORMULARZ CENOWY**

Składając ofertę w zapytaniu ofertowym na realizację usług medycznych dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Wyszkowie na rok 2022 oświadczam, że badania wykonywane będą w punkcie medycznym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | 2 | 2 |
| 1. | Profilaktyka wraz z zaświadczeniem lekarskim |  |
| 2. | Okulista |  |
| 3. | Cukru we krwi |  |
| 4. | Badania EKG |  |
| 5. | RTG klatki piersiowej |  |
| 6. | OB |  |
| 7. | Morfologia |  |
| 8. | Cholesterol + frakcje |  |
| 9. | Mocz |  |
| 10. | Badanie dla celów sanepid |  |
|  | **Razem** | ………………. |

Oświadczam, iż oferowane wyżej ceny są stałe i nie ulegną zmianie w okresie obowiązywania umowy.

………………………………….. ……………………………………….

Miejscowość, data pieczątka imienna i podpis uprawnionego przedstawiciela firmy Wykonawcy