Nysa, dnia………………

**Formularz ofertowy**

Przedmiot umowy: **„Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej w Nysie w 2022r.”**

**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 specjalistyczne |  |  |
| 3. | Badania wysokościowe do 3 m |  |  |
| 4. | Badania wysokościowe powyżej 3 m |  |  |
| 5. | Badania sanitarno- epidemiologiczne |  |  |
| 6. | Badanie kału na nosicielstwo |  |  |
| 7. | Badania dla kierowców do korzystania z samochodu prywatnego w celach służbowych |  |  |
| 8. | Badanie psychologiczne dla kierowców |  |  |
| 9. | Badania laboratoryjne |  |  |
| 10. | EKG |  |  |
|  | RAZEM: |  |  |

2. **Termin realizacji umowy od 03.01.2022r. do 31.12.2022r.**

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)