

WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ
które mogą być realizowane w trakcie obowiązywania umowy
Nr sprawy 8/20

dla Zadania nr (należy wpisać numer Zadania na które wykonawca składa ofertę)

Oświadczam, że w przypadku konieczności zlecenia przez lekarza medycyny pracy funkcjonariuszom / pracownikom dodatkowych badań (o których mowa w §7 ust. 2 i 3 wzoru umowy stanowiącym Załącznik nr 39 do Ogłoszenia) zostaną one rozliczone zgodnie z poniższym cennikiem.

WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ		
Lp.	Nazwa badania	Cena brutto za jedno badanie
1	przeciwciała (antyHBs)	
2	badanie stężenia ołowiu we krwi	
3	badanie stężenia kwasu deltaaminolewulinowego w moczu	
4	badanie cynkoprotoporfiryny w erytrocytach	

Cen zaofertowanych w Załączniku nr 37 do Ogłoszenia nie należy uwzględniać w Formularzu ofertowym.

Ceny podane w niniejszym Załączniku nie będą podlegać kryteriom oceny ofert i nie będą brane pod uwagę przy wyliczaniu i przyznaniu ofertom punktacji.

..... , dn.
/miejsowość/ /dzień, miesiąc, rok/

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do składania oświadczeń woli w
imieniu Wykonawcy)