*Załącznik nr 2a*

do postępowania o udzielenie zamówienia prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na realizację zamówienia pn.:

**Świadczenia zdrowotne dla pracowników Spółki „Wodociągi Kieleckie”
przez okres 24 miesięcy.**

**Znak sprawy: KML – 64/2023**

Formularz cen jednostkowych
do wyliczenia wartości badań wstępnych i okresowych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Cena w PLN(netto)** | **Podatek VATw %** | **Wartość w PLN (brutto)**[kol.3 + kol.3 x kol. 4 (%)] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **1.** | **Badanie krwi w zakresie:** |
| 1.1 | Morfologia ogólna |  |  |  |
| 1.2 | OB |  |  |  |
| 1.3 | Glukoza |  |  |  |
| 1.4 | Cholesterol całkowity  |  |  |  |
| 1.5 | HDL |  |  |  |
| 1.6 | LDL |  |  |  |
| 1.7 | TG |  |  |  |
| **2.** | **Analiza ogólna moczu** |  |  |  |
| **3.** | **RTG klatki piersiowej** |  |  |  |
| **4.** | **EKG** |  |  |  |
| **5.** | **Cytologia** |  |  |  |
| **6** | **Badania laboratoryjne zgodnie ze wskazówkami metodycznymi w sprawie przeprowadzenia badań profilaktycznych pracowników** |
| 6.1 | ALT (Alat) |  |  |  |
| 6.2 | AST (Aspat) |  |  |  |
| 6.3 | Bilirubina |  |  |  |
| 6.4 | GGTP |  |  |  |
| 6.5 | CRP |  |  |  |
| 6.6 | Kreatynina |  |  |  |
| 6.7 | Potas |  |  |  |
| 6.8 | Wapń |  |  |  |
| 6.9 | Kinaza kreatynowa |  |  |  |
| **7.** | **RTG** |  |  |  |
| 7.1 | RTG Klatka piersiowa p.a. + bok |  |  |  |
| 7.2 | RTG łokcie i dłonie |  |  |  |
| **8.** | **Badanie spirometryczne** |  |  |  |
| **9.** | **Badanie audiometryczne (Audiogram)** |  |  |  |
| **10.** | **Próba oziębienia z termometrią skórną** |  |  |  |
| **11.** | **Badania okulistyczne obligatoryjnie na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe w zakresie:** |
| 11.1 | Badanie ostrości wzroku do dali, do bliży |  |  |  |
| 11.2 | Badanie ciśnienia śródgałkowego |  |  |  |
| 11.3 | Badanie pola widzenia |  |  |  |
| 11.4 | Badanie dna oka |  |  |  |
| 11.5 | Badanie widzenia przestrzennego |  |  |  |
| 11.6 | Wypisanie zlecenia – recepty na wykonanie okularów |  |  |  |
| **12.** | **Badanie narządu słuchu i równowago (badanie przez lekarza prowadzącego badanie profilaktyczne** |  |  |  |
| **13.** | **Badanie neurologiczne (badanie przez lekarza prowadzącego badanie profilaktyczne)** |  |  |  |
| **14.** | **Badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych z wydaniem orzeczenia** |  |  |  |
| **15.** | **Konsultacja lekarza medycyny pracy wraz z wydaniem orzeczenia** |  |  |  |

**Formularz cen jednostkowych dodatkowych konsultacji / badań**

**w przypadku stwierdzenia przez lekarza medycyny pracy
konieczności ich wykonania zgodnie z obowiązującymi przepisami**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Cena w PLN(netto)** | **Podatek VATw %** | **Wartość w PLN (brutto)**[kol.3 + kol.3 x kol. 4 (%)] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **1.** | **Konsultacja otolaryngologiczna** |  |  |  |
| **2.** | **Konsultacja neurologiczna** |  |  |  |
| **3.** | **Rynoskopia przednia** |  |  |  |
| **4.** | **Palestezjonometria (badanie progu czucia i wibracji)** |  |  |  |
| **5.** | **Przeciwciała anty-HbcTotal** |  |  |  |
| **6.** | **Przeciwciała anty-HCV test jakościowy** |  |  |  |
| **7.** | **Przeciwciała anty-HIV****test jakościowy** |  |  |  |

**………………………………….. …………………………………………….**

 (Miejsce i data) (podpis Wykonawcy / Wykonawców)