|  |
| --- |
| Formularz oferty |
|  **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **Przeprowadzanie wstępnych, okresowych, i kontrolnych badań lekarskich pracowników Urzędu Miasta Torunia, wystawienie zaświadczeń lekarskich z przeprowadzonych badań, udział lekarza medycyny pracy w przeglądach komisji bhp.** |
| **ZAMAWIAJĄCY** | Biuro Obsługi Urzędu Miasta Toruniaul. Wały gen. Sikorskiego 887-100 Toruń |
| **WYKONAWCA**AdresNIPRegonNumer telefonue-mail |  |
| **Kryterium 1**Cena brutto za realizację zamówieniacyfrowo:słownie: |  cyfrowo: słownie: | Badanie wstępne, okresowe i kontrolne lekarza medycyny pracy |
|  cyfrowo: słownie: | Badanie okulistyczne (olśnienie, widzenie zmierzchowe) |
|  cyfrowo: słownie: | Badanie neurologiczne |
|  cyfrowo: słownie: | Badanie laryngologiczne |
|  cyfrowo: słownie: | EKG |
|  cyfrowo: słownie: | Lipitogram |
|  cyfrowo: słownie: | Glukoza  |
|  cyfrowo: słownie: | Udział lekarza w pracach komisji bhp |
| **Kryterium 2**Termin przyjęcia do lekarza medycyny pracy liczony od dnia rejestracji | …………………………. dzień/dni |
| Termin realizacji zamówienia | * 1. 2024 r. – 31.12. 2024 r
 |
| Data i podpis |  |