|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 Torunia  ul. Wały gen. Sikorskiego 8  87-100 Toruń | |
| **WYKONAWCA**  Adres  NIP  Regon  Numer telefonu  e-mail |  | |
| **Kryterium 1**  Cena brutto za realizację zamówienia  cyfrowo:  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 |  | |