

**Załącznik nr 2
do Zapytania ofertowego**

Pieczętka Wykonawcy
Adres e-mail
Numer telefonu

dnia

OFERTA

**Toruńskie Centrum Świadczeń Rodzinie
ul. Batorego 38/40
87-100 Toruń**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe, dotyczące zamówienia realizowanego z wyłączeniem ustawy – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm.) - na podstawie art. 4 pkt. 8 tej ustawy na świadczenie usług medycznych w zakresie medycyny pracy dla pracowników Toruńskiego Centrum Świadczeń Rodzinie w okresie 01.01.2020r. - 31.01.2021r., składam ofertę następującej treści:

Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę (suma pozycji 1-6) :

Cena nettozł
Obowiązujący podatek VAT %.....zł
Cena bruttozł
Słownie:

		Szacunkowa ilość	Cena jednostkowa brutto	Łączna kwota brutto (iloczyn szacunkowej ilości i ceny jednostkowej brutto)
1.	Badanie lekarza medycyny pracy – wstępne, okresowe, kontrolne	30		
2.	Badanie okulistyczne w ramach medycyny pracy	30		
3.	Badanie okulistyczne w ramach medycyny pracy zakończone wydaniem zaświadczenia dotyczącego używania szkieł korekcyjnych w pracy przy monitorze ekranowym (z doborem szkieł)	10		
4.	Badanie profilaktyczne osoby niepełnosprawnej o znaczącym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zakończone wydaniem zaświadczenia o celowości skrócenia normy czasu pracy	3		

5.	Badania lekarskie i psychologiczne kierowców kat. B używających samochód do celów służbowych (komplet badań)	1		
6.	Głukoza	1		
Łączna kwota brutto:				

.....
 podpis osoby upoważnionej*

*podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w zakresie praw i obowiązków majątkowych Wykonawcy wymienioną w aktualnym dokumencie rejestracji firmy lub w innym dokumencie z którego uprawnienie to wynika