……………………………………….

 ( Nazwa Wykonawcy – pełna nazwa )

***Załącznik nr 7 do SWZ***

**WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH**

**które mogą być realizowane w trakcie obowiązywania umowy w zakresie zadania nr 3 -18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Szczepienia ochronne (w tym badanie lekarskie + koszt szczepionki + iniekcja) przeciwko:** | **Cena za jedną dawkę szczepienia ochronnego w zł brutto** |
| **1** | błonicy |  |
| **2** | durowi brzusznemu |  |
| **3** | wściekliźnie |  |
| **4** | WZW typu A |  |
| **5** | japońskiemu zapaleniu mózgu |  |
| **6** | zakażeniom wywołanym przez Neisseria meningitidis |  |
| **7** | odrze |  |
| **8** | śwince |  |
| **9** | różyczce |  |
| **10** | ospie wietrznej |  |
| **11** | poliomyelitis |  |
| **12** | żółtej gorączce |  |
| **13** | zakażeniom wywołanym przez Streptococcus pneumoniae |  |
| **14** | wąglikowi |  |
| **15** | cholerze |  |
| **16** | ospie prawdziwej |  |
| **17** | jadowi kiełbasianemu |  |

**UWAGA ! ( należy wpisać numer zadania, na które wykonawca składa ofertę )**

**dla Zadania nr** ………………….….

**Zaoferowane ceny nie powinny być uwzględnione w Formularzu ofertowym. Ceny podane
w załączniku Nr 1 do Umowy nie będą podlegać kryterium oceny oferty.**

**Wykonawca oświadcza**, że w przypadku konieczności zlecenia, funkcjonariuszom /pracownikom Policji dodatkowych szczepień, zostaną one rozliczne zgodnie z cennikiem zaoferowanym
w niniejszym załączniku.