………………………………….

( Nazwa Wykonawcy – pełna nazwa )

***Załącznik nr 6 do SWZ***

**WYKAZ CENOWY DODATKOWYCH BADAŃ**

**w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotne w ramach zadania nr 1 i 2,**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Cena brutto za jedno badanie** |
| **1** | przeciwciała (antyHBs) |  |
| **2** | badanie czynnika szkodliwego lub uciążliwego związanego z narażeniem na ołów i jego związki |  |

**które mogą być realizowane w trakcie obowiązywania umowy**

**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 2 do Umowy nie będą podlegać kryterium oceny oferty.**

**Wykonawca oświadcza,** że w przypadku konieczności zlecenia, przez lekarza medycyny pracy, funkcjonariuszom/pracowniom dodatkowych badań, zostaną one rozliczne zgodnie z cennikiem zaoferowanym w niniejszym załączniku.