

.....
 (pieczęć wykonawcy, nazwa, adres)
 tel. fax.

.....
 (miejscowość, data)

FORMULARZ CENOWY:

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia propozycji cenowej na zadanie:

A) Pracownicy do 40 roku życia	cena za 1 osobę	cena za 70 osób
Laboratorium		
Badania okulistyczne		
Koszt badania lek. medycyny pracy		
RAZEM KOSZT (A)		
B) Pracownicy powyżej 40 roku życia	cena za 1 osobę	cena za 90 osób
Laboratorium		
EKG		
Badania okulistyczne		
Koszt badania lek. medycyny pracy		
RAZEM KOSZT (B)		
C) BADANIA KONTROLNE	cena za 1 osobę	cena za 12 osób
Koszt badania lek. medycyny pracy		
Psych+widz.zm		
D) BADANIA KONTROLNE – OKULISTYCZNE, CELOWE REHABILITACYJNE	cena za 1 osobę	cena za 20 osób
Koszt badania lek. medycyny pracy		
Badania okulistyczne		
RAZEM KOSZT (D)		
RAZEM KOSZT (A + B + C + D)	-----	

.....
 podpis i pieczęć wykonawcy