Załącznik do umowy nr

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena brutto w zł.** | **Miejsce, termin i godziny wykonywania badań** |
| 1 |  Badania lekarza uprawnionego (wydanie stosownych skierowań na badania określone w pkt. 2-12 oraz wydanie pracownikowi zaświadczenia o zdolności do pracy) |  |  |
| 2 |  Badanie lekarza okulisty |  |  |
| 3 |  Badanie lekarza neurologa |  |  |
| 4 |  EEG  |  |  |
| 5 |  EKG |  |  |
| 6 |  RTG klatki piersiowej |  |  |
| 7 |  Morfologia krwi |  |  |
| 8 |  Mocz |  |  |
| 9 |  Glukoza we krwi |  |  |
| 10 |  Cholesterol całkowity |  |  |
| 11 |  Trójglicerydy |  |  |
| 12 |  OB |  |  |
| 13 | Badania lekarza uprawnionego o celowości stosowania skróconej normy czasu pracy |  |  |
| 14 | Badanie kierowcy kat. B -widzenie zmierzchowe |  |  |

Zleceniobiorca: Zleceniodawca: