Załącznik nr 3

**Formularz cenowy**

**Wykonawca:**

………………………………………………

………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………

………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Polskie Centrum Akredytacji**

**01-382 Warszawa**

**ul. Szczotkarska 42**

**http://www.pca.gov.pl**

e-mail: **przetarg@pca.gov.pl**

el. + **48 22 355-70-00**

fax.+ **48 22 355-70-18**

Niniejszym składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCYNY PRACY I INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH,** znak sprawyPF.260.4.2020

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi cenami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | Wyszczególnienie elementów rozliczeniowych | Cena jednostkowa netto | Ilość | Wartość łączna netto | Wartość łączna brutto PLN |
| 1. | Pakiet indywidualny Wariant 1 |  | 52 |  |  |
| 2. | Pakiet indywidualny Wariant 2 |  | 13 |  |  |
| 3. | Pakiet partnerski Wariant 1 (dopłata) |  | 14 |  |  |
| 4. | Pakiet partnerski Wariant 2 (dopłata) |  | 3 |  |  |
| 5. | Pakiet rodzinny Wariant 1 (dopłata) |  | 16 |  |  |
| 6. | Pakiet rodzinny Wariant 2 (dopłata) |  | 3 |  |  |
| 7. | Ryczałt za badania medycyny pracy za pracowników niezgłoszonych do Wariantu 1 i Wariantu 2\* |  | 10 |  |  |
|  | **Łączna szacunkowa wartość zamówienia w okresie 24 miesięcy brutto** | | | |  |

\*W wartości zamówienia w skali 24 miesięcy uwzględnione zostanie wykonanie 10 badań medycyny pracy dla osób nie zgłoszonych do Wariantu 1 i Wariantu 2.