

## FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ

## Część IV – Komenda Powiatowa Policji w Gryficach

| Lp.                             | Świadczenie usług medycznych obejmujących badanie osób zatrzymanych zleczanych przez jednostki Policji  | Szacunkowa ilość badań | Oferowana cena jednostkowa brutto za badanie w zł | Wartość brutto w zł |
|---------------------------------|---|------------------------|---|---------------------|
|                                 |   | A                      | B   | A x B               |
| 1.                              | 1) wykonania badania lekarskiego osobom doprowadzonym do miejsca wykonywania badań i przewidzianej do umieszczenia w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym;<br>2) wydania zaświadczenia lekarskiego o braku lub wystąpieniu przeciwwskazań medycznych do przebywania osoby zatrzymanej w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym wraz z uzasadnieniem (wg obowiązujących wzorów)<br>3) wystawienia recepty na niezbędne leki oraz wskazania do ich stosowania i dawkowania; | 330                    | .....   | .....               |
| 2                               | pobrania krwi (bez badania analitycznego) od osoby zatrzymanej na zawartość we krwi alkoholu bądź innego podobnie działającego środka oraz sporządzenie protokołu pobrania krwi.  | 40                     | .....   | .....               |
| Całkowita wartość oferty brutto |   |                        |   | .....               |

Gwarantuję wykonanie zamówienia w obiekcie, w którym wyposażenie i urządzenia są zgodne z wymaganiami, określonymi dla placówek medycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia

....., dn. ....  
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy)