# Cennik usług medycznych na 2024 rok

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj badania** | Koszt badania w złotych **brutto** |
| 1. | **Badanie lekarskie wraz z wydaniem orzeczenia** |  |
| 2.  | **Badanie specjalistyczne:** |  |
|  | - laryngologiczne |  |
|  | - okulistyczne |  |
|  | - okulistyczne z doborem szkieł |  |
|  | - neurologiczne |  |
| 3. | **Badania pomocnicze:** |  |
|  | - EKG  |  |
|  | - RTG klatki piersiowej (duży obrazek) |  |
|  | - Badanie psychotechniczne pracowników używających samochodu jako narzędzia pracy, oraz innych osób wykonujących prace wymagające pełnej sprawności psychoruchowej |  |
|  | - Badanie psychotechniczne kierowców podlegających ustawie o transporcie drogowym oraz ustawie o kierujących pojazdami |  |
|  | - Badanie wrażliwości na olśnienie i widzenie zmierzchowe |  |
| 5. | **Badania analityczne:** |  |
|  | - morfologia + płytki |  |
|  | - OB |  |
|  | - ogólne badanie moczu  |  |
|  | - cholesterol całkowity |  |
|  | - cholesterol HDL |  |
|  | - cholesterol LDL |  |
|  | - trójglicerydy |  |
|  | - Hbs |  |
|  | - transaminazy (ALAT i ASPAT) |  |
|  | - bilirubina |  |
|  | retikulocyty – dotyczy promieniowania jonizującego - kat. narażenia B -dotyczy części I zamówienia |  |
|  | - cukier |  |

**Podpisano pisemnie/kwalifikowanym podpisem elektronicznym/profilem zaufanym/ podpisem osobistym przez:**

………………………………………………………………………………………….

**(wpisać imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie w imieniu Wykonawcy**