………………………..……………………….….. Tychy dnia …………………….

Nazwa placówki

………………………………..………….……….

Adres (siedziba) placówki

…………………………………..………………..

NR KRS/NIP, REGON

…………………………………………….………

Nr telefonu

**AKTUALNY CENNIK BADAŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena brutto** |
| 1 | Badanie profilaktyczne (wstępne/okresowe/kontrolne)wykonane przez lekarza medycyny pracy |  |
| 2 | Badanie profilaktyczne (wstępne/okresowe/kontrolne)wraz z badaniem okulistycznym/ laryngologicznym / neurologicznym wykonanym przez lekarza medycyny pracy |  |
| 3 | Badanie okulistyczne wykonane przez lekarza okulistę |  |
| 4 | Badanie okulistyczne wraz z doborem okularów wykonane przez lekarza okulistę |  |
| 5 | Badanie neurologiczne przeprowadzone przez lekarza neurologa |  |
| 6 | Badanie laryngologiczne przeprowadzone przez lekarza laryngologa |  |
| 7 | Badanie psychotechniczne |  |
| 8 | Badanie kierowcy kat. B (koszt całkowity) |  |
| 9 | Badanie wysokościowe |  |
| 10 | Badanie operatora wózka widłowego / sprzętu ciężkiego |  |
| 11 | RTG klatki piersiowej |  |
| 12 | Spirometria |  |
| 13 | EKG |  |
| 14 | Morfologia |  |
| 15 | Glukoza |  |
| 16 | OB. |  |
| 17 | Badanie ogólne moczu |  |
| 18 | Cholesterol |  |
| 19 | Cholesterol HDL |  |
| 20 | Cholesterol LDL |  |
| 21 | Trójglicerydy |  |
| 22 | Kreatynina |  |
| 23 | CRP |  |
| 24 | ALAT |  |
| 25 | ASPAT |  |
| 26 | GGTP |  |
| 27 | Bilirubina |  |
| 28 | Pole widzenia |  |
| 29 | Audiometr |  |
| 30 | Wizytacja zakładu i przegląd stanowisk |  |
| 31 | Udział lekarza w Zakładowej Komisji ds. BHP |  |
| 32 | Duplikat orzeczenia lekarskiego |  |
| 31 | Widzenie zmierzchowe i wrażliwość na olśnienie |  |
| 32 | Lipidogram |  |

……………………………………………

(Podpis )