**Załącznik nr 4 do ogłoszenia**

**Znak sprawy : OA.261.3.15.2016.AA**

Pieczęć nagłówkowa wykonawcy

***FORMULARZ – miejsce wykonywania badań***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Miejsce wykonywania usługi** |
| Pracownicy, osoby bezrobotne kierowane na badania w celu stwierdzenia zdolności do wykonywania pracy oraz na szkolenia, bony szkoleniowe i stażowe  |
| 1. | Pełne badanie kału do celów sanitarno-epidemiologicznych z badaniem lekarskim, wydaniem zaświadczenia i książeczki zdrowia  |  |
| 2. | Badanie lekarskie i wpis do książeczki zdrowia pracownika ( w przypadku gdy osoba posiada własne badanie kału )  |  |
| 3. | Badanie lekarza uprawnionego wraz z wydaniem zaświadczenia |  |
| 4.  | Badanie lekarza specjalisty  |  |
| 5. | RTG klatki piersiowej |  |
| 6. | Ogólne badanie moczu |  |
| 7. | Badanie psychotechniczne |  |
| 8. | Badanie krwi : OB , morfologia,  |  |
| 9. | Badanie krwi : glukoza-cukier  |  |
| 10. | Przygotowanie przez pielęgniarkę do badania  |  |

\* Należy wskazać miejsce wykonywania badań z dokładnym adresem.

…………… dn. ………… ………………………………………

Podpis/podpisy osób uprawnionych do

składania oświadczeń woli w imieniu

wykonawcy