Z/9/2023/5

Załącznik Nr 3
do Umowy Nr……. z dnia……..

Zgłoszenie zmiany do planu badań profilaktycznych na rok kalendarzowy 2024

	*

nazwa, adres, telefon, email placówki dydaktycznej

Lp	Profil, kierunek nauczania	Czas nauki zawodu	Zawód	Dane o narażeniu na czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne	Liczba osób podlegających badaniom	* Przewidywane wykonanie badań lekarskich i dodatkowych badań diagnostycznych													
						Ogólnolekarskie	Okulistyczne/badanie dana oka i przeziemości soczewek	Widzenie przestrzenne	Kardiologiczne + test Harwarda	Audiometryczne	Badanie otoskopowe	Badanie spirometryczne	EKG	RTG	ALAT, ASPAT	Glukoza	Morf.+Rozmaz+Płytki	Retikulocyty	Inne
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

* Wypełnia WOMP

Ogółem:

*	*	*	X	*	=	
badania programował data podpis	badania zatwierdził data podpisu	ilość osób		średnia cena za 1 badanie		