Приложение № 3

**Дополнительные критерии оценки Претендента**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование работ, услуг** | **Количество работников** | **Стоимость услуги, руб. без НДС** | **Стоимость услуги, руб. с НДС** |
| 1 | Предрейсовые осмотры, ежедневно | 21 |  |  |
| 2 | Послерейсовые осмотры, ежедневно | 21 |  |  |
| 3 | Предсменные осмотры, ежедневно | 2 |  |  |
| 4 | Послесменные осмотры, ежедневно | 2 |  |  |
|  | **Итого:** |  |  |  |
|  | Получение лицензии на право медосмотра по местонахождению филиала, (ДА/НЕТ) |  | | |
|  | Срок оформления лицензии по месту нахождения филиала, кал.дни |  | | |
|  | **Условия оплаты:** |  | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)