**Załącznik 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**KO/17/2022/UM BAD.USG -BADANIA DIAGNOSTYCZNE USG**

1. Dane osobowe/ Nazwa Oferenta:

........................................................

........................................................

tel.………………………………..

2. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia - wycena świadczonych usług:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** |  | **Proponowana cena brutto** |
| Badanie USG | badanie |  |
| Badanie USG Doppler duplex | badanie |  |
| Badanie USG stawów | badanie |  |

3. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Dni tygodnia** | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Data i podpis Oferenta