**Załącznik 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Dane osobowe/ Nazwa Oferenta:

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

 ........................................................ tel. ………………………………….

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** |  | **Proponowana cena brutto** |
| konsultacja otolaryngologiczna | osoba |  |

3. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Data i podpis Oferenta