**Załącznik 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/2/2023/UM POZ RZESZÓW**

zakres: Podstawowa Opieka Zdrowotna

1. Dane osobowe/ Nazwa Oferenta:

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

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

……………………………………

numer telefonu:…………………………

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenia udzielane w ramach POZ** |  | **Proponowana cena brutto** |
| Cena za godzinę świadczonych usług medycznych | zł |  |
| Cena za przyjętego pacjenta | zł |  |
| udział procentowy - porada poza kontraktem z NFZ | % |  |
| kwalifikacja do szczepienia w ramach medycyny pracy | zl/osobę |  |

4. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Data i podpis Oferenta