**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/6/2024/UM MP – KONSULTACJE LEKARSKIE   
   W RAMACH MEDYCYNY PRACY**

zakres:**……………………………………………………………………………….**

1. Dane Oferenta:

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

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

Tel. kontaktowy…………………………....................................................................................

1. Oferta cenowa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia w zakresie medycyny pracy** | **Jednostka** | **Proponowana cena (brutto)** |
| **1** | Konsultacja lekarska | 1 osoba |  |

Data i podpis Oferenta