**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania:  **KO/14/2024/UM – W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS**)
2. Część i zakres konkursu ofert:

Cz. .................Zakres.................................................................................................

1. Dane Oferenta:

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

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

Tel. kontaktowy…………………………..

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **\*** | **Proponowana cena zł brutto** |
| Porada specjalistyczna w ramach kontraktu z NFZ | Pkt |  |
| Porada specjalistyczna odpłatna – komercja  (poza kontraktem z NFZ) | % |  |

4.Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data