**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**KO/16/2024/UM STOM - świadczenia w zakresie stomatologii ogólnej**

Dane osobowe/ Nazwa firmy:

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

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

tel.……………………………………

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Cena**  **brutto za pkt**  **zł** | **Propozycja udziału Przyjmującego Zamówienie wyrażona w %** |
| Świadczenie stomatologii ogólnej w ramach umowy z NFZ |  |  |
| Świadczenie protetyczne w ramach umowy z NFZ |  |  |
| Świadczenie stomatologii ogólnej  Poza kontraktem z NFZ |  |  |
| Świadczenie protetyczne poza kontraktem NFZ |  |  |

1. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data