**Załącznik nr 2.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/3/2024/UM OKP**,

zakres: **Świadczenia zdrowotne w zakresie opieki koordynowanej POZ w zakresie DIABETOLOGII**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **\*****Proponowana cena brutto** |
| Konsultacje specjalistyczne lekarz diabetolog - pacjent | za 1 konsultację |  |
| Konsultacje specjalistyczne lekarz diabetolog - lekarz POZ  | za 1 konsultację |  |

4.Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data