**Załącznik nr 3.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

zakres: **Świadczenia zdrowotne w zakresie opieki koordynowanej POZ w zakresie porad DIETETYCZNYCH**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **\***  **Proponowana cena brutto** | |
| Porady dietetyczne | za 1 poradę |  |

4.Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data