**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/4/2024/UM OKP**,

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

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **\*****Proponowana cena brutto** |
| Konsultacje specjalistyczne lekarz kardiolog - pacjent | za 1 konsultację |  |
| Konsultacje specjalistyczne lekarz kardiolog - lekarz POZ  | za 1 konsultację |  |
| Wykonywanie badań Echo serca przezklatkowe | za badanie |  |
| Wykonywanie badań Holter | za badanie |  |
| EKG wysiłkowego | za badanie |  |

4.Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data