**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/5/2025/UM MP**

***w rodzaju: konsultacje psychiatryczne w ramach medycyny pracy***

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** |  | **Proponowana cena brutto** |
| konsultacja psychiatryczna w ramach medycyny pracy | osoba |  |
| badania psychiatryczne osób ubiegających się lub posiadających prawo do wykonywania lub kierowania działalnością gospodarczą | osoba |  |
| badania psychiatryczne osób bezpośrednio zatrudnionych przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym lub do użytku cywilnego | osoba |  |
| badania psychiatryczne osób ubiegających się lub posiadających pozwolenie na posiadanie broni | osoba |  |
| badanie psychiatryczne osób ubiegających się lub posiadających licencję detektywa | osoba |  |

4.Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data