**Załącznik 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**KO/14/2025/UM BAD USG – BADANIA DIAGNOSTYCZNE ULTRASONOGRAFICZNE (USG)**

1. Dane osobowe/ Nazwa Oferenta:

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

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

tel.………………………………..

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Cena zł brutto za badanie** |
| 1. | USG jamy brzusznej |  |
| 2. | USG stawów |  |
| 3. | USG węzłów chłonnych |  |
| 4. | USG tarczycy |  |
| 5. | USG Doppler tętnic 1 kończyny |  |
| 6. | USG doppler tętnic 2-ch kończyn |  |
| 7. | USG piersi |  |
| 8. | USG tętnic szyjnych |  |
| 9. | USG ścięgien (Achillesa) |  |
| 10. | USG przez czaszkowe |  |
| 11. | USG szyi |  |
| 12. | USG tkanek miękkich |  |
| 13. | USG nadnerczy |  |
| 14. | USG ślinianek |  |

3. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Dni tygodnia** | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Data i podpis Oferenta