**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania ***KO/3/2025/UM– SZCZEP,***

Zakres: **Badania kwalifikacyjnego przed szczepieniem – Filia Nisko**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

1. Oferta cenowa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia w zakresie medycyny pracy** | **Jednostka** | **Proponowana cena (brutto)** |
| **1** | Badanie kwalifikacyjnego przed szczepieniem | 1 osoba |  |

Data i podpis Oferenta