**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/3/2017/UM NEURO**,

zakres: **świadczenia neurologiczne zakresu medycyny pracy**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **jednostka** | **Proponowana cena brutto** |
| Konsultacje neurologiczne w ramach medycyny pracy | konsultacja |  |

Data i podpis Oferenta