**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**KO/2/2016/UM – świadczenia w zakresie stomatologii ogólnej**

1. Dane osobowe/ Nazwa firmy:

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

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

1. Proponowany udział procentowy realizacji zamówienia :

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Propozycja udziału Przyjmującego Zamówienie wyrażona w %** |
| Świadczenie stomatologii ogólnej |  |
| Świadczenie protetyczne |  |

1. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data