**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/1/2017/UM PZP**,

zakres: **świadczenia psychiatryczne**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **\*** | **Proponowana cena brutto** |
| Porada psychiatryczna w ramach kontraktu  z NFZ | Pkt |  |
| Porada psychiatryczna poza kontraktem  z NFZ | % |  |

1. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data