**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**KO/5/2016/UM – świadczenia w zakresie stomatologii ogólnej i świadczeń protetycznych**

1. Dane osobowe/ Nazwa firmy:

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

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

1. Proponowany udział procentowy realizacji zamówienia :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Propozycja udziału Przyjmującego Zamówienie wyrażona w %** | **Cena**  **Brutto** |
| Świadczenie stomatologii ogólnej w ramach umowy z NFZ |  | Za pkt |
| Świadczenie protetyczne w ramach umowy z NFZ |  | Za pkt |
| Świadczenie stomatologii ogólnej  Poza kontraktem z NFZ |  |  |
| Świadczenie protetyczne poza kontraktem NFZ |  |  |

1. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data