**Załącznik nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Oznaczenie postępowania **KO/5/2017/UM NEURO**,

zakres: **świadczenia neurologiczne**

1. Dane Oferenta:

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

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

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

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

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

4.Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

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

Podpis i data