**Załącznik 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY DLA CZ. I**

**RZESZÓW**

1. Dane osobowe/ Nazwa Oferenta:

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenia udzielane w ramach POZ** |  | **Proponowana cena brutto** |
| Cena za godzinę świadczonych usług medycznych | zł |  |
| Cena za 1 pacjenta  | zł |  |

3. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Dni tygodnia**
 | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Data i podpis Oferenta