

**FORMULARZ OFERTY**

.....

Miejscowość i data

Nazwa podmiotu leczniczego/indywidualnej praktyki lekarskiej:

.....

NIP: .....

REGON: .....

Siedziba: .....

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA PRZEPROWADZENIA 1 BADANIA - KONSULTACJI		OBSADA/PERSONEL MEDYCZNY		Wyposażenie w aparaturę diagnostyczną w siedzibie podmiotu leczniczego	
		Netto	brutto	Lekarz liczba udzielających świadczenia w podmiocie	Pielęgniarka liczba udzielających świadczenia w podmiocie	Tak	Nie
1.	Konsultacja okulistyczna						
2.	Konsultacja psychologiczna						
3.	Konsultacja chirurgiczna						
4.	Konsultacja psychiatryczna						
5.	Konsultacja neurologiczna						
6.	Konsultacja kardiologiczna						
7.	Konsultacja pulmonologiczna						
8.	Konsultacja neurologiczna						

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	CENA PRZEPROWADZENIA 1 BADANIA - KONSULTACJI		OBSADA/PERSONEL MEDYCZNY		Wyposażenie w aparaturę diagnostyczną w siedzibie podmiotu lecniczego	
		Netto	brutto	Lekarz liczba udzielających świadczenia w podmiocie	Pielęgniarka liczba udzielających świadczenia w podmiocie	Tak	Nie
9.	Konsultacja laryngologiczna						
OBSERWACJA SZPITALNA							
10.	Obserwacja szpitalna – zabiegowe oddziały szpitalne				-----		
11.	Obserwacja szpitalna – zachowawcze oddziały szpitalne				-----		

**Uwaga:**

**Koszt badania i obserwacji szpitalnej nie może być wyższy od kosztu określonego w cenniku usług medycznych podmiotu leczniczego.**

**Miejsce udzielania świadczeń** .....

(wskazać miejscowość udzielania świadczeń)

Ponadto, oświadczam, iż:

- zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
- spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego.

.....  
Podpis(y) osób upoważnionych w imieniu Oferenta