Załącznik Nr 1 do SWKO

Formularz Oferty

Dane Oferenta:

Deklaruję gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienia na warunkach określonych w poniższej tabeli:

Lp.	***Zakres***	***Cena jednostkowa brutto [zł]***	***Średnia liczba godzin pracy w tygodniu***
	1 godzina udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej / lekarza rodzinnego	_____zł (słownie: _____ _____ _____ _____	_____h/tydzień (słownie: _____ _____ _____ godzin/tydzień

_____

Miejscowość, data

_____

(podpis Oferenta)