**Załącznik nr 1 do SWKO**

Poznań, dnia ……………………………

**FORMULARZ OFERTOWY** ( część pierwsza**)**

**Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres Oferenta:**

Z siedzibą w

Nr telefonu do kontaktu ..........................................................

Adres mailowy

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych:

**Nr przedmiotu oferty:**

Oferuję następujące warunki::

Cena:………………………………………………..

Warunki dodatkowe:

Data, podpis i pieczątka Oferenta