**Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza patomorfologa dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie**

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

pieczęć oferenta

**OFERTA CENOWA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa udzielanego świadczenia przez lekarza patomorfologa** | **Ilość na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość**  **36 miesięcy brutto** |
| 1 | Wykonanie sekcji zwłok wraz z kosztami § 5 ust. 5 umowy z wyłączeniem badań histopatologicznych | 6 |  |  |  |
| Razem | | | |  |  |

RAZEM proponowana cena oferty netto - ………………………. zł (słownie: ………………..).

RAZEM proponowana cena oferty brutto - ………………………. zł (słownie…………………).

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

Podpis Oferenta