**Załącznik nr 3A do SWKO**

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

KONSULTACJE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Szczegółowy zakres świadczeń** | **Szacunkowa liczba konsultacji (1 rok)** | **Wartość roczna ryczałtowa łączna (CENA OFERTOWA)** | **Miejsce wykonywania konsultacji (należy podać dokładny adres)** | **Odległość  w km  od siedziby Zamawiającego** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 | konsultacje psychiatryczne | 365 |  |  |  |
| 2 | konsultacje psychiatryczne  w formie teleporady | 1095 |  |  |  |

Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela