**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