

Nazwa, adres i dane kontaktowe Oferenta

miejsce i data sporządzenia oferty

FORMULARZ OFERTOWY
na wykonanie konsultacji specjalistycznych psychiatrycznych

Lp.	Nazwa badania	Ilość osób	Czas w jakim zostanie zrealizowana konsultacja
1.	Konsultacja specjalistyczna psychiatryczna	30	

Oferta ważna do dnia:

.....
Dane osoby reprezentującej Oferenta i podpis