Załącznik nr 2 do SWKO

………………………………

 Pieczęć firmowa Oferenta

OFERTA CENOWA

**Pakiet I**

Miejsce udzielania świadczeń:...................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj Świadczenia** | **Deklarowana przez Oferenta liczba punktów do realizacji w ciągu 11 miesięcy.**(od 01.02.2024 do 31.12.2024**)** | **Oferowana przez Oferenta cena brutto w PLN za 1 punkt rozliczeniowy** | **Łączna wartość****Umowy w okresie 11 miesięcy****(cena za 1 pkt. x liczba punktów )** |
| 1. | Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne dla dorosłych realizowane w Poradni Zdrowia Psychicznego  |  |  |  |

**Pakiet II**

Miejsce udzielania świadczeń:...................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj Świadczenia** | **Deklarowana przez Oferenta liczba punktów do realizacji w ciągu 11 miesięcy** (od 01.02.2024 do 31.12.2024**)** | **Oferowana przez Oferenta cena brutto w PLN za 1 punkt rozliczeniowy** | **Łączna wartość****Umowy w okresie 11 miesięcy****(cena za 1 pkt. x liczba punktów )** |
| 1. | Leczenie środowiskowe (domowe) psychiatryczne dla dorosłych |  |  |  |

**Pakiet III**

Miejsce udzielania świadczeń:...................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj Świadczenia** | **Deklarowana przez Oferenta liczba dni pracy w tygodniu**  | **Oferowany przez Oferenta ryczałt miesięczny cena brutto w PLN** | **Łączna wartość****Umowy w okresie 11 miesięcy** |
| 1. | Zadania wykonywane w ramachPunktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego |  |  |  |

………………………………………… …………………........

 miejscowość, data . Pieczęć i podpis Oferenta