

**FORMULARZ OFERTOWY**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: ***Badania mammograficzne***

Nazwa: .....

NIP: ..... Regon: ..... Nr wpisu KRS: .....

Telefon kontaktowy:.....

Osoba do kontaktu: .....

**Oferta cenowa**

| <i>Lp.</i> | <i>Nazwa badania</i> | <i>Cena jednostkowa</i> | <i>Czas oczekiwania na wynik</i> |
|------------|----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| 1          | Mammografia          |                         |                                  |