

Udzielający zamówienie:Kleszczowska Przychodnia Salus Sp. z o.o. z siedzibą w Kleszczowie

Przyjmujący zamówienie: …………………………………………..

**OKULISTYKA**

**OKRES ROZLICZENIOWY: ………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia****(jednostka rozliczeniowa)** | **Cena jednostkowa za każde udzielone świadczenie /brutto/PLN** | **Oferowana średniomiesięczna liczba procedur** |
| 1 | porada  |  |  |
| 2 | OCT plamki |  |  |
| 3 | OCT nerwu II |  |  |
| 4 | pole widzenia |  |  |

Maksymalna wartość brutto umowy w okresie rozliczeniowym:

Średni wymiar czasu świadczenia usługi:

Udzielający zamówienie Przyjmujący zamówienie