Załącznik nr 1a

Konkurs: ZO.5030/28/2020

FORMULARZ CENOWY

Lp.	***Poradnia***	***Tryb udzielania świadczeń***	***Jm.***	***Ilość w ciągu 12 m-cy***	***Cena jednostkowa (zł)***	***Wartość brutto (zł)***
1.	Poradnia Neurologiczna	Stacjonarny w dni robocze	godzina	288		