**Załącznik nr 1**

………………………………….   
 (pieczątka oferenta)

**FORMULARZ CENOWY  
  
Ceny brutto poszczególnych zakresów świadczeń usług stomatologicznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **Szacunkowa liczba usług stomatologicznych** | **Cena jednostkowa brutto zł/usługa** | **Wartość brutto**  **(w zł)**  **(liczba usług x**  **cena jedn. brutto)** |
| 1. | Badanie stomatologiczne  (przegląd jamy ustnej) | **150** |  |  |
| 2. | Znieczulenie - w razie potrzeby | **250** |  |  |
| 3. | Zdjęcie rentgenowskie wewnątrzustne  - w razie potrzeby | **50** |  |  |
| 4. | Opatrunek leczniczy (para-pasta)  wraz z poradą | **100** |  |  |
| 5. | Wypełnienie amalgamatowe  wraz z poradą | **4** |  |  |
| 6. | Wypełnienie chemoutwardzalne  wraz z poradą | **200** |  |  |
| 7. | Usunięcie zęba 1-korzeniowego  wraz z poradą | **85** |  |  |
| 8. | Usunięcie zęba wielokorzeniowego  wraz z poradą | **120** |  |  |
| 9. | Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej wraz z poradą | **4** |  |  |
| 10. | Leczenie kanałowe wraz z poradą | **30** |  |  |
| 11. | Wykonanie protezy (dół lub góra) wraz  z wyciskiem | **12** |  |  |
| **R a z e m:** | | **1 005** |  |  |

….………………….., dnia ……….....................

…………..……………………….  
 (czytelny podpis oferenta)