**Załącznik nr 2**

...................., dnia ...................

**FORMULARZ cenowy** ( część pierwsza**)**

**Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:**

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Nr telefonu / Nr faxu ..........................................................

Adres e-mail………………………………………………………….

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych

udzielanych przez:

**1 lekarza specjalistę na Oddziale Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych wraz z pełnieniem dyżurów medycznych oraz w formie konsultacji internistycznych u pacjentów Oddziałów w obiekcie Szpitala przy ul. Szamarzewskiego 82/84.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za opiekę nad 1 pacjentem ………….

- wynagrodzenie za konsultację w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego ………….

- wynagrodzenie za badanie echo i opis w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego ………….

- wynagrodzenie za opis badania echo w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego ………….

- wynagrodzenie za dyżur zwykły ………….

- wynagrodzenie za dyżur świąteczny ………….

Inne warunki:

1. …………………………….

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie