**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 pielęgniarkę w Pracowni Elektroterapii Serca.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie podstawowe za świadczenie usług ………….

- wynagrodzenie dodatkowe za świadczenie usług ………….

Inne warunki:

Wynagrodzenie za czas nieudzielania świadczeń za …… dni w roku kalendarzowy

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie