**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 na Oddziale Hematologii i Transplantacji Szpiku przy   
ul Szamarzewskiego 82/84**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług ………….

Inne warunki:

Wynagrodzenie za czas nieudzielania świadczeń w wysokości …….. za …… godzin w roku kalendarzowym

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie