**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:

**Lekarzy specjalistów w formie dyżurów medycznych na Oddziale Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej wraz z pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za dyżur zwykły / specjal. choroby wewn. ………….

- wynagrodzenie za dyżur świąteczny / specjal. choroby wewn. ………….

- wynagrodzenie za dyżur zwykły / specjal. choroby płuc ………….

- wynagrodzenie za dyżur świąteczny / specjal. choroby płuc ………….

- wynagrodzenie za 1 gotowość ………….

- wynagrodzenie za godzinę wezwania w czasie gotowości ………….

Inne warunki:

1. …

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie