**Załącznik nr 2**

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

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

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

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

Nrtelefonu / Nrfaxu ..........................................................

Adrese-mail………………………………………………………….

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych:

**Zapewnienie udziału co najmniej 7 lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej w konsyliach na Oddziałach Szpitala, w szczególności w zakresie okulistyki, ginekologii onkologicznej, chemioterapii (zespół ds.: układu moczowo-płciowego, przewodu pokarmowego, piersi, płuca), hematologii oraz pulmonologii onkologicznej.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

Inne warunki:

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie