**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:

**2 fizjoterapeutów w Ośrodku Rehabilitacji Dziennej na os. Rusa 25a.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń ………….

- wynagrodzenie za zabieg wykonywany w ramach

kompleksowej terapii przeciwobrzękowej ………….

Inne warunki:

1. …

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie