**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 lekarza specjalistę w ramach dyżurów medycznych na Oddziale Kardiologii wraz z udzielaniem świadczeń w Pracowni Rezonansu Magnetycznego oraz w Pracowni Hemodynamiki Serca.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za dyżur zwykły ………….

- wynagrodzenie za dyżur świąteczny ………….

Inne warunki:

1. …………………………….

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie