**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 pielęgniarki na Pododdziale Pooperacyjnym Oddziału Kardiochirurgii i Transplantologii**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług – czas podstawowy ………….

- wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług – czas dodatkowy ………….

Inne warunki:

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

Deklaruję udzielanie świadczeń przez co najmniej …… godzin w miesiącu.

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie