**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 pielęgniarkę w Pracowni Rezonansu Magnetycznego**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług – dzień powszedni ………….

- wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług – sobota ………….

Inne warunki:

1. ……………………………..

Ponadto deklaruję udzielanie świadczeń przez maksymalnie ……….. godzin w miesiącu.

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie