**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 specjalistkę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii na Bloku Operacyjnym Oddziału Kardiochirurgii i Transplantologii wraz z pełnieniem gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług 7.00 – 14.30 ………….

- wynagrodzenie za godzinę świadczenia usług po 14.30 ………….

- wynagrodzenie za godzinę pełnienia gotowości ………….

- wynagrodzenie za godzinę wezwania w czasie gotowości ………….

- wynagrodzenie za udział w przeszczepie serca ………….

Inne warunki:

Wynagrodzenie za czas nieudzielania świadczeń w wysokości …… przez …… godzin w roku kalendarzowym

Ponadto deklaruję pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń przez ….. godzin w   
m-cu.

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie