**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 dziedzinie chirurgii klatki piersiowej w formie konsultacji u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach Udzielającego Zamówienia.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie za 1 konsultację ………….

Inne warunki:

1. …

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie