**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 na Oddziale Chemioterapii w zakresie sprawowaniu nadzoru nad programami lekowymi i stosowaną na Oddziale chemioterapią.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie w wysokości ………….

Inne warunki:

1. …………………………….

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie