**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 Kardiologii wraz z pełnieniem dyżurów medycznych i wykonywaniem procedur w Pracowni Elektrofizjologii Serca oraz udzielaniem świadczeń ambulatoryjnych.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie podstawowe ………….

- wynagrodzenie za porady ambulatoryjne ………….

- wynagrodzenie za zabieg CARTO OPERATOR ………….

- wynagrodzenie za zabieg CARTO ASYSTA ………….

- wynagrodzenie za POZOSTAŁE zabiegi EP – OPERATOR ………….

- wynagrodzenie za POZOSTAŁE zabiegi EP – ASYSTA ………….

- wynagrodzenie za dyżur zwykły ………….

- wynagrodzenie za dyżur świąteczny ………….

Inne warunki:

1. …………………………….

Deklaruję udzielanie świadczeń ambulatoryjnych przez co najmniej …. dzień w tygodniu.

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie