**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 w ramach pełnienia gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych na Bloku Operacyjnym Oddziału Kardiochirurgii i Transplantologii**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- 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 ………….

- wynagrodzenie za udział w zabiegu na Sali Hybrydowej ………….

- wynagrodzenie za udział w zabiegu w Pracowni Naczyniowej ………….

Inne warunki:

1. ………………………………………..

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

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie