**Załącznik nr 2**

...................., dnia ...................

**FORMULARZ cenowy** ( część pierwsza**)**

**Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:**

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Nrtelefonu / Nrfaxu ..........................................................

Adrese-mail………………………………………………………….

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych

udzielanych przez:

**3 lekarzy specjalistów na Oddziale Chemioterapii wraz z pełnieniem dyżurów medycznych i udzielaniem świadczeń ambulatoryjnych.**

**Oferuję następujące warunki cenowe:**

- wynagrodzenie podstawowe ………….

- wynagrodzenie za dyżur zwykły ………….

- wynagrodzenie za dyżur świąteczny ………….

- wynagrodzenie za chemioterapię w trybie ambulatoryjnym …………% wart.

- wynagrodzenie za chemioterapię w trybie jednodniowym …………% wart.

- wynagrodzenie za chemioterapię w trybie stacjonarnym …………% wart.

- wynagrodzenie za poradę ambulatoryjną, także poradę związaną

z osobistym wykonaniem procedury zabiegowej ……% wart.porady

- wynagrodzenie za poradę zabiegową ……% wart.porady

- wynagrodzenie za poradę wykonaną w ramach diagnostyki onkologicznej:

a) etap wstępny …...............

b) etap pogłębiony …………..

Inne warunki:

1. Wynagrodzenie za czas nieudzielania świadczeń przez …. dni w roku kalendarzowym.

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

Data i podpis i pieczątka przyjmującego zamówienie