**Załącznik Nr 2e**

**FORMULARZ CENOWY**

**Składam ofertę do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i proponuję stawki jak niżej:**

1. ***OFERTA:***
2. **ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE PRZEZ LEKARZY Z ZAKRESU OKULISTYKI W PRZYSZPITALNEJ PORADNI OKULISTYCZNEJ ORAZ W KLINICE OKULISTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **wyszczególnienie** | ***cena*** |
| Cena za punkt w Przyszpitalnej Poradni Okulistycznej |  |
| Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych – dyżur pod telefonem |  |

***…………………………………….***

***(podpis i pieczęć Oferenta)***