**Załącznik Nr 2**

**FORMULARZ CENOWY**

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

1. ***OFERTA:***
2. **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy z zakresu gastroenterologii   
   w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, Centralną Pracownią Endoskopową oraz w Przyszpitalnej Poradni Gastroenterologicznej**

|  |  |
| --- | --- |
| **wyszczególnienie** | ***cena*** |
| Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych |  |

**Proponowany czas trwania umowy: 01.06.2024 do 31.05.2025**

***…………………………………….***

***(podpis i pieczęć Oferenta)***