**Załącznik Nr 2b**

 **FORMULARZ CENOWY**

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

1. ***OFERTA:***

**ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ LEKARZY Z ZAKRESU OKULISTYKI W KLINICE OKULISTYKI ORAZ W PRZYSZPITALNEJ PORADNI OKULISTYCZNEJ**

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

PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY - **od**………………………..…**do**……………………………

DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIECZNY CZAS PRACY - ……………………………………………..

 ***…………………………………….***

 ***(podpis i pieczęć Oferenta)***