**Załącznik Nr 2a**

**FORMULARZ CENOWY**

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

1. ***OFERTA:***

**ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE WYKONYWANE PRZEZ PIELĘGNIARKI ORAZ**

**RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W IZBIE PRZYJĘĆ PCCHP**

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

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

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

***…………………………………….***

***(podpis i pieczęć Oferenta)***