**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**

**OPERACYJNE W PRACOWNI DOSTĘPÓW NACZYNIOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
|  **wyszczególnienie** | ***cena*** |
| **Stawka za asystę przy zakładaniu dostępu naczyniowego** |  |
| **Stawka za płukanie dostępu naczyniowego** |  |

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

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

 ***…………………………………….***

 ***(podpis i pieczęć Oferenta)***