**Załącznik nr 2 do SWKO**

**KOD: 2017-OAT-1**

.................................................

 (pieczęć firmowa Oferenta)

#### F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2017-OAT-1** **oferujemy realizację zamówienia za cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Jednostka kontraktowa** | **Oferowana cena brutto****[zł / godzinę]** |
| 1 | **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARSKICH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**  | 1 godzina pracy dni robocze | ……………………………………… |
| 2 | **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARSKICH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**  | 1 godzina pracy dni wolne od pracy | ……………………………………… |

................................., dnia ............................ ..................................................................

/miejscowość/ /pieczątka i podpis osoby uprawnionej/