**Załącznik nr 2 do SWKO**

**KOD: 2017-IP-2**

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

(pieczęć firmowa Oferenta)

**Dane Oferenta:**

**Nazwa oferenta i adres:**

**……………………………………………..**

**……………………………………………..**

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

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2017-IP-2** **oferujemy realizację zamówienia za cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa** | **Jednostka kontraktowa** | **Oferowana cena brutto**  **[zł / godzinę]** |
| 1 | **DYŻURY LEKARSKIE**  **W IZBIE PRZYJĘĆ** | 1 godzina pracy | ……………………………………… |

|  |
| --- |
| **DYSPOZYCYJNOŚĆ OFERENTA**  **[ilość godzin / miesiąc]** |
| ………………………………………….. |

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

/miejscowość/ /pieczątka i podpis osoby uprawnionej/