Załącznik nr 2

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

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

|  |  |
| --- | --- |
| WYSZCZEGÓLNIENIE/PRODUKT  zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie | Cena brutto w zł za 1 miesiąc |
| Nocna i świąteczna opieka zdrowotna udzielana w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy |  |

Deklarowana liczba dyżurów w miesiącu …………..………...

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

data, podpis i pieczęć Oferenta