**Załącznik 2.**

**FORMULARZ OFERTOWY DLA CZ. II**

**NISKO**

1. Dane osobowe/ Nazwa Oferenta:

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

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

2. Proponowana cena brutto realizacji zamówienia - wycena świadczonych usług:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenia udzielane w ramach POZ** |  | **Proponowana cena brutto** |
| Cena za deklarację - przyjętą i pozytywnie zweryfikowaną przez NFZ | zł |  |
| Cena za 1 wizytę pacjenta „spoza rejonu” | zł |  |

3. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Dni tygodnia** | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Data i podpis Oferent