***Załącznik nr 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** | **Propozycja wynagrodzenia** |
| **1.** | **konsultacje radiologiczne (lekarz radiolog)** |  |

………….………………………………

( podpis oferenta)