***Załącznik nr 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** | **Propozycja wynagrodzenia** |
|  | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni Specjalistycznej LECZNICA** | |
| 1.  2. | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej  2 lekarzy – 5 x w tygodniu, 37,55 godz/tydzień/1 lekarz  Poradnia Ginekologiczno – Położnicza  1 położna – 4 x w tygodniu łącznie 19 godz/tydzień  1 lekarz – 5 x w tygodniu – 37,55 godz/tydzień |  |

…………. ………………………………

( podpis oferenta)