***Załącznik nr 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** | **Propozycja wynagrodzenia**  |
|  | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni Specjalistycznej LECZNICA** |
| 1.2. | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej2 lekarzy – 5 x w tygodniu, 37,55 godz/tydzień/1 lekarzPoradnia Ginekologiczno – Położnicza1 położna – 4 x w tygodniu łącznie 19 godz/tydzień1 lekarz – 5 x w tygodniu – 37,55 godz/tydzień  |  |

 …………. ………………………………

 ( podpis oferenta)