***Załącznik nr 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** | **Cena za godzinę dyżuru** |
| 1. | **Pełnienie dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**  |
|  | Lekarz systemu  w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznympreferowani specjaliści: medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii, chirurgii, urologii również osoby w trakcie ww. specjalizacji minimum po dwóch latach stażu specjalizacyjnego |  |

 ………………………………………………

 (podpis oferenta)