***Załącznik nr 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** | **Propozycja wynagrodzenia**  |
| 1. | **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych UCK WUM Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus** **(pododdział internistyczny, pawilon 20D, ul. Lindleya 4 Warszawa)**- udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem   |  |
|  | Wymagania:1. lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych,
2. biegła znajomość języka polskiego

  |

 …………. ………………………………

 ( podpis oferenta)