***Załącznik nr 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** | **Propozycja wynagrodzenia** |
| 1. | **Świadczenie usług pielęgniarskich w Klinice Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych (pododdział internistyczny)** | |
|  | Wymagania:  - prawo wykonywania zawodu pielęgniarki  -biegła znajomość języka polskiego  Mile widziane:  - kurs specjalistycznego RKO, EKG i krwiolecznictwa |  |

…………. ………………………………

( podpis oferenta)