***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 polskiegoMile widziane:- kurs specjalistycznego RKO, EKG i krwiolecznictwa  |  |

 …………. ………………………………

 ( podpis oferenta)