

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA w Otwocku  
ul. Bolesława Prusa 1/3, 05-400 Otwock

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: .....

Adres Przyjmującego Zamówienie: .....

**Konkurs ofert pod nazwą  
„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych  
w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Otwocku”**

**FORMULARZ CENOWY**

Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, Przyjmujący Zamówienie oferuje wynagrodzenie w wysokości:

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa świadczenia</b>	<b>Cena za godzinę</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i> <i>(Wypełnia Oferent)</i>
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych	

Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty cenowej z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

....., dnia .....

.....  
(podpis Przyjmującego Zamówienie)