Załącznik nr 2

**FORMULARZ CENOWY OFERENTA**

1. **Propozycja cenowa oferenta:**
2. - ……………… za opis i ocenę 1 badania MR serca bez wrodzonej wady serca bez i/lub z kontrastem
3. - ………………. za opis i ocenę 1 badania MR serca z wrodzoną wada serca bez i/lub z kontrastem
4. - ……………….. za opis i ocenę 1 badania angio MR aorty lub tętnic płucnych bez i/lub z kontrastem
5. - ……………… za opis i ocenę 1 badania TK serca bez kontrastu
6. - ………………. za opis i ocenę 1 badania TK serca z kontrastem
* Cena brutto obejmująca wszelkie podatki oraz zobowiązania publicznoprawne oferenta.

**2. Deklarowana liczba dni w tygodniu udzielania świadczeń:**

\* 1 dzień w tygodniu

\* 2 dni w tygodniu

NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ \*

1. **Oferent realizuje świadczenia w przedmiocie oferty na zlecenie podmiotów leczniczych,**
**od co najmniej 1 roku:** ………………………………………………………………………………………………………………..

(WSKAZĆ EWENTULANIE PODMIOT)

 ................................................. ................................................

 Data Podpis i pieczęć Oferenta