Załącznik nr 2

**FORMULARZ CENOWY OFERENTA**

1. Za realizację przedmiotu umowy w ramach konkursu ofert proponuję wynagrodzenie   
   w wysokości ………….. % od wartości wykonanych procedur określonych zgodnie   
   z katalogiem cen NFZ.

**Informacja dla Oferenta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **kod produktu** | **nazwa procedury** | **wartość** |
| 5.07.01.0000011 | TELERADIOTERAPIA | 25 852,64 zł |
| 5.07.01.0000012 | TELERADIOTERAPIA 3D Z MODULACJĄ INTENSYWNOŚCI DAWKI | 24 255,72 zł |
| 5.07.01.0000013 | TELERADIOTERAPIA 3D - NIEKOPLANARNA Z MONITORINGIEM TOMOGRAFICZNYM (3D-CRT) | 22 050,52 zł |
| 5.07.01.0000056 | TELERADIOTERAPIA STEREOTAKTYCZNA | 21 565,08 zł |
| 5.07.01.0000058 | TELERADIOTERAPIA 3D - CAŁEGO CIAŁA (TBI) LUB POŁOWY CIAŁA (HBI) LUB SKÓRY CAŁEGO CIAŁA | 29 256,64 zł |
| 5.07.01.0000059 | TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA PROCES LECZENIA  1 FRAKCJĄ | 4 161,76 zł |
| 5.07.01.0000060 | TELERADIOTERAPIA PALIATYWNA FRAKCJONOWANA | 5 255,48 zł |

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

Data Podpis i pieczęć Oferenta