*Załącznik nr 2 do SWKO*

....................................... ............................................ (pieczątka Oferenta) (miejscowość i data)

## FORMULARZ CENOWY

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. dra

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

Oferujemy wykonanie zabiegów z zakresu neuroradiologii zabiegowej w zakresie procedur: **JGP Q31, Q32,Q33,Q45,Q46,Q47,Q48 i A45**

W/w procedury będą realizowane wg stawki stanowiącej **…………. %** wynagrodzenia otrzymanego przez Udzielającego Zamówienie zgodnie z obowiązującą w danym roku umową z Narodowym Funduszem Zdrowia (wycena punktowa procedury razy aktualna cena za 1 punkt określona przez NFZ dla świadczeń objętych umową.)

 Zabiegi będą wykonywane w siedzibie Zamawiającego w Pracowni Radiologii Zabiegowej.

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

 (pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych przez Oferenta)