*Oznaczenie Oferenta* ……………………………………………………………….………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce i godz.**  **wykonywania świadczenia** | **Cena za 1 godzinę wykonywania świadczeń**  *[PLN]* |
| **RCKiK w Opolu**  **od 14.30 do 17.00** |  |
| **RCKiK w Opolu**  **ZASTĘPSTWO W RAZIE NIEOBECNOŚCI LEKARZA**  **od 7.00 do 14.30** |  |
| **Terenowy Oddział w Brzegu**  **ZASTĘPSTWO W RAZIE NIEOBECNOŚCI LEKARZA**  **od 7.00 do 13.00** |  |
| **Terenowy Oddział w Nysie**  **ZASTĘPSTWO W RAZIE NIEOBECNOŚCI LEKARZA**  **od 7.00 do 13.00** |  |
| **Terenowy Oddział w Kędzierzynie-Koźlu**  **ZASTĘPSTWO W RAZIE NIEOBECNOŚCI LEKARZA**  **od 7.00 do 12.00** |  |
| **Terenowy Oddział w Kluczbork**  **ZASTĘPSTWO W RAZIE NIEOBECNOŚCI LEKARZA**  **od 7.00 do 12.00** |  |
| **Powiat brzeski**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat głubczycki**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat kędzierzyńsko-kozielski**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat kluczborski**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat krapkowicki**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat namysłowski**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat nyski**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat oleski**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat opolski**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat prudnicki**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Powiat strzelecki**  **ekipy wyjazdowe** |  |
| **Miasto Opole**  **ekipy wyjazdowe** |  |

…………………………………. ……... …………………………..

*Miejscowość i data podpis Oferenta*