*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*