IDP.0245.7.2024

Załącznik nr 2

do umowy o udzielanie zamówienia

na świadczenia zdrowotne NR … /CH /2024 z dnia ………………. r.

**Przyjmujący zamówienie:**

**…………………………………………………………………**

**Zasady wynagradzania**

Należność Przyjmującego zamówienie za wykonanie przedmiotu umowy **Ustala się
w ryczałtowej miesięcznej kwocie w wysokości ………………………………………. brutto (słownie: ……………………………………….)**.

**…………………………………. …………………………………………**

**Przyjmujący zamówienie Udzielający zamówienia**