**Załącznik nr 3**

 **FORMULARZ CENOWY**

**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Kierownika w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznym oraz pełnienie dyżurów w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

**Proponowana kwota należności w zakresie:**

**\*1.Udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Kierownika w Oddziale Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29:**

**W dni robocze od 7:00 do 14:35**

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres oferowanej porady  | 1. Wartość brutto za 1 godzinę pracy

w zł brutto |
| 1. Udzielanie świadczenia pracy ( świadczeń zdrowotnych) w zakresie Kierownika Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie. |  |

**\*2. Pełnienia dyżurów w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznym w Szpitalu**

 **Powiatowym w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

 **-w dni robocze od 15.00 do 7.00 dnia następnego,**

 **-w niedziele, święta i dni wolne od pracy od godz. 7.00 do 7.00 dnia następnego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie**  | **Cena jednostkowa za świadczenie medyczne (cena brutto w zł)****1.** Za 1 godzinę pracy w dni robocze (powszechne) **2**. Za jedna godzinę pracy w niedziele, święta i dni wolne od pracy.**3.** Dyżur pod telefonem w zł/ godzinę |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1.**  | **2.** | **3.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1/** | **Dyżury w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Szpitalu Powiatowym** **w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.** |  |  |  |

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

 Miejscowość, data podpis oferenta/pieczęć

**\*niepotrzebne skreślić**