**Załącznik nr 3**

 **FORMULARZ CENOWY**

**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych i pełnienie dyżurów w Oddziałach Szpitalnych**

**i Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

**Proponowana kwota należności w zakresie:**

**Udzielania świadczeń medycznych w zakresie Starszego Asystenta w Oddziale Chirurgii Ogólnej 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 medycznych) Starszego Asystenta w Oddziale Chirurgii Ogólnej. |  |

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

 Miejscowość, data podpis oferenta/pieczęć