**Załącznik nr 3**

 **FORMULARZ CENOWY**

**Na udzielanie świadczeń medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

**Proponowana kwota należności w zakresie:**

**Udzielania świadczeń medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29:**

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

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

w zł brutto |
| 1. Udzielanie świadczenia pracy ( świadczeń zdrowotnych) w Oddziale Chorób Wewnętrznych |  |

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

 Miejscowość, data podpis oferenta/pieczęć