**Załącznik nr 4**

 **FORMULARZ CENOWY**

**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych i pełnienie dyżurów w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

**Proponowana kwota należności w zakresie:**

**1. Pełnienia dyżurów w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego 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. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1/** | **Dyżury w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.** |  |  |

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

 Miejscowość, data podpis oferenta/pieczęć

\* *niepotrzebne skreślić*