**Załącznik nr 5**

**FORMULARZ CENOWY**

**Na świadczenia medyczne lekarza specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej (rehabilitacji kardiologicznej w zakresie programu KOS- zawał) w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie,**

**ul. Aleja Wolności 29.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Świadczenia zdrowotne w zakresie** | **Zaoferowana wartość wynagrodzenia miesięcznie** **brutto w zł.**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Świadczenia medyczne w zakresierehabilitacji medycznej (rehabilitacji kardiologicznej w zakresie programu KOS- zawał) |  |  |

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

 Miejscowość, data podpis oferenta

Załączniki: