**Załącznik nr 9**

**FORMULARZ CENOWY**

**Proponowana kwota należności za:**

1. **Dyżury lekarskie w Izbie Przyjęć Szpitala Powiatowego w Myszkowie,**

**ul. Aleja Wolności 29.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie** | **Cena jednostkowa za świadczenie medyczne (cena brutto w zł)**  **1.** Za 1 godzinę pracy w dni powszechne w godz. 15:00 do 7:00 dnia następnego.  **2**. Za jedna godzinę pracy w sobotę, niedziele i święta od 7:00 do 7:00 dnia następnego. |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1)** | **Dyżury lekarskie w Izbie Przyjęć** |  |  |

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

Miejscowość, data podpis oferenta