

**FORMULARZ CENOWY****załącznik nr 3****Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w**

zakresie ..... w SPOZ w Myszkowie

ul. Aleja Wolności 29.

**Proponowana kwota należności :**

l.p.	Rodzaj udzielanych świadczeń	1.Cena jednostkowa za świadczenia medyczne – za jeden pkt rozliczeniowy  2.cena za jedno badanie brutto  2.cena za opis badania  3.cena za godzinę pracy
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  LEKARZ STOMATOLOG  Gab.Stomatolog.....	..... .....
2.	Badania  Cena za badanie .....  Cena za opis badania.....  Cena za opis badania.....  Cena za opis badania.....	..... ..... ..... .....
3.	Asystentka Stomatologiczna	

.....  
Miejscowość data.....  
podpis oferenta/pieczeń