Nr sprawy LEK-ASYS/KO/1/2024 Załącznik nr 3

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cena brutto zł za 1 godzinę | Miesięczna liczba godzin | Miesięczna wartość brutto | Wartość brutto w okresie trwania umowy |
| Świadczenia zdrowotne – Lekarz Asystent |  |  |  |  |

……………………………………………………… ………………………………………………

(miejscowość i data ) (podpis i pieczęć Oferenta)