Nr sprawy **LEK-KIER\_C/KO/2/2024** Załącznik nr 3

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cena brutto zł za 1 godzinę/Cena za 1 pacjenta | Miesięczna liczba godzin/Maksymalna liczba pacjentów w okresie obowiązywania umowy | Miesięczna wartość brutto | Wartość brutto w okresie trwania umowy |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie pełnienia funkcji Kierownika Oddziału |  |  |  |  |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie przyjęć pacjentów |  |  | - |  |

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

 (miejscowość i data ) (podpis i pieczęć Oferenta)