Nr sprawy **LEK-ASYSTENT/KO/3/2024** 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 |
| ZAKRES 1 – udzielenie świadczeń zdrowotnych jako lekarz asystent |  |  |  |  |
| ZAKRES 1 – pełnienie funkcji lekarza nadzoru balneologicznego |  |  |  |  |
| ZAKRES 2 |  |  | - |  |

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

 (miejscowość i data ) (podpis i pieczęć Oferenta)