

FORMULARZ CENOWY

	Cena brutto zł za 1 godzinę	Miesięczna ilość godzin	Miesięczna wartość brutto	Wartość brutto w okresie trwania umowy
Świadczenia zdrowotne – Lekarz Asystent w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej				

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

