Nr sprawy LEK-KIEROWNIK\_B/KO/1/2025 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 – w zakresie pełnienia funkcji Kierownika Oddziału |  |  |  |  |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie przyjęć pacjentów |  |  |  |  |

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

 (miejscowość i data ) (podpis i pieczęć Oferenta)