**Załącznik nr 3**

 **FORMULARZ CENOWY**

**Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie transportu sanitarnego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

**Proponowana kwota należności w zakresie:**

**\*Zadanie nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres oferowanego świadczenia zdrowotnego | 1. Wartość brutto

w zł/km  | 1. Wartość brutto w zł / 1 godz. pracy
 |
|  Transport sanitarny zespołem specjalistycznym |  |  |

**Proponowana kwota należności w zakresie:**

**\*Zadanie nr 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres oferowanego świadczenia zdrowotnego | 1. Wartość brutto

w zł/km  | 1. Wartość brutto w zł / 1 godz. pracy
 |
| Transport sanitarny zespołem podstawowym  |  |  |

.................................... ...................................................................

 Miejscowość, data podpis oferenta/pieczęć

\*niepotrzebne skreślić