**Załącznik nr 4**

**FORMULARZ CENOWY**

**Proponowana kwota należności za:**

**Usługi pielęgniarskie w Izbie Przyjęć Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zakres świadczonych usług** | **Cena jednostkowa brutto**  **za 1 godz. w zł** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1/** | **Usługi pielęgniarskie w Izbie Przyjęć Szpitala Powiatowego w Myszkowie.** |  |

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

Miejscowość, data podpis oferenta