**………………………………..**

/Imię i Nazwisko/nazwa oferenta/

**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ CENOWY**

**Proponowana kwota należności za:**

**Usługi ratownika medycznego i kierowcy lub ratownika medycznego w Dziale Pomocy Doraźnej w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1/** | **\*Usługa ratownika medycznego i kierowcy /lub tylko ratownika medycznego w DPD- ambulans medyczny/ karetka.** |  |
| **2/** | **\*Usługa ratownika medycznego i kierowcy/ lub tylko ratownika medycznego w DPD- transport** |  |

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

Miejscowość, data podpis oferenta

\*niepotrzebne skreślić