**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