

.....
/Imię i Nazwisko/nazwa oferenta/

Załącznik

FORMULARZ CENOWY

Proponowana kwota należności za:

**Usługi ratownika medycznego z uprawnieniami do kierowania pojazdem
uprzywilejowanym 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 z uprawnieniami /lub tylko ratownika medycznego w DPD- ambulans medyczny/ karetka.	
2/	*Usługa ratownika medycznego z uprawnieniami/ lub tylko ratownika medycznego w DPD- transport	

.....
Miejscowość, data

.....
podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić