

FORMULARZ CENOWY
(Świadczenie usług w zakresie obsługi zabezpieczenia medycznego
dla funkcjonariuszy Policji garnizonu zachodniopomorskiego – STREFA II)

Dane Wykonawcy:

Nazwa:

Adres:

NIP:

REGON:

Osoba uprawniona do reprezentowania wykonawcy, w tym do podpisania umowy:

.....

L.p.	Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM)	Szacunkowa ilość godzin pracy ZRM	Cena brutto za 1 godzinę pracy ZRM	Wartość brutto (CxD)
A	B	C	D	E
1.	Zespół Podstawowy „P”	370		
2.	Zespół Specjalistyczny „S”	20		
Razem (Wartość brutto oferty):				

L.p.	Przejazd ambulansu	Szacunkowa ilość pokonanych kilometrów	Cena brutto za 1 km przejazdu	Wartość brutto (CxD)
A	B	C	D	E
3.	Kilometry	12 750		
Razem dla pozycji: 1-3 (Wartość brutto oferty):				

UWAGA! Należy dokonać wyceny w obu tabelach (ilości godzin pracy ZRM i pokonanych kilometrów).
W przypadku braku pełnej wyceny, oferta zostanie odrzucona.

.....
(pieczęć i podpisy osoby/osób upoważnionej/ych
do reprezentowania podmiotu)