Załącznik nr 2

SPZOZ.DŚM-ZP.240.18.2020

FORMULARZ CENOWY

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Zakres | Szacunkowa miesięczna ilość godzin | Szacunkowa roczna ilość godzin | Stawka za jedną godzinę netto | Stawka za jedną godzinę brutto | Wartość netto za 12 m-cy | Wartość brutto za 12 m-cy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  (poz.4 x poz.5) | 8  (poz.4 x poz.6) |
| 2 | Transport sanitarny | 1488 | 17.856 |  |  |  |  |
| 3 | Transport sanitarny za zlecenie lekarza POZ | 220 | 2.640 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | |  |  |

Wartość brutto słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………… ………………………………………………..

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy