**Załącznik nr 3B**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ CENOWY** | | | | |  |
| **dla części postępowania nr 3 – CHOSZCZNO** | | | | |  |
| **lp.** | **Nazwa** | **Ilość godzin** | **cena jednostkowa brutto** | **VAT %** | **cena jednostkowa brutto** |
| 1 | ***Realizacja zabezpieczenia medycznego procesu szkolenia*** | **66** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ……………………………………… | ……………………………………………. | | |
| |  | | --- | | data sporządzenia oferty | | podpis i pieczątka osoby upoważnionej do składania oświadczeń | | |
|  |
|  |  |  |  |