**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 |
|   |
|   |   |   |   |