Załącznik nr 3A do SWZ

**FORMULARZ CENOWY** – 1 CZĘŚĆ

**Zabezpieczenie medyczne dla żołnierzy i pracowników RON 15 WOG i instytucji będących na jego zaopatrzeniu w m. SZCZECIN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | **Nazwa usługi** | **Liczba godzin/****ilość dni** | **Cena jednostkowa brutto** **za godzinę/dzień** (w PLN) | **VAT**w % | **Wartość****brutto** (w PLN )(kol.3x4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Realizacja zabezpieczenia medycznego działalności bieżącej | 568 godzin |  |  |  |
| 2 | Realizacja zabezpieczenia medycznego wcielenia żołnierzy oraz procesu szkolenia żołnierzy (do 5 h dziennie) | 3 dni |  |  |  |
| 3 | Realizacja zabezpieczenia medycznego wcielenia żołnierzy oraz procesu szkolenia żołnierzy (do 7 h dziennie) | 2 dni |  |  |  |
| 4 | Realizacja zabezpieczenia medycznego wcielenia żołnierzy oraz procesu szkolenia żołnierzy (do 10 h dziennie i powyżej) | 1 dzień |  |  |  |
| **Razem** |  |

 ……………………………………………

(podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)