|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| **l.p** | **Nazwa** | **Ilość godzin/ dni** | **cena jednostkowa brutto w zł za godzinę/ dzień** | **Wartość****brutto w zł (kol.3X4)** |
|
| 1 | *2* | 3 | 4 | 5 |
| 1 | ***Realizacja zabezpieczenia medycznego działalności bieżącej*** | **553 godziny** |  |  |
| 2 | ***Realizacja zabezpieczenia medycznego wcielenia żołnierzy oraz procesu szkolenia żołnierzy Zawodowych (do 5h dziennie)*** | **4 dni** |  |  |
| 3 | ***Realizacja zabezpieczenia medycznego wcielenia żołnierzy oraz******procesu szkolenia żołnierzy Zawodowych ( do 7h dziennie)*** | **2 dni** |  |  |
| 4 | ***Realizacja zabezpieczenia medycznego wcielenia żołnierzy oraz******procesu szkolenia żołnierzy Zawodowych ( do 10h dziennie i powyżej)*** | **1 dzień** |  |  |
|  |  ***Wartość brutto zamówienia razem***  |  |  |  |

 Załącznik nr 3B do SWZ

**Formularz cenowy dla części 2**

 …………………………………….

 podpis Wykonawcy/osoby
 uprawnionej do reprezentacji