###### Załącznik nr 5 do SWZ

###### **FORMULARZ CENOWY**

**do postępowania o zamówienie publiczne pn.:**  **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych fizjoterapii w miejscu zamieszkania na terenie Gminy Rokietnica”**

Dane dotyczące Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:

Nazwa .....................................................................................................................................................

Adres .......................................................................................................................................................

**Zobowiązuję/zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nazwa ceny składowej (jednostkowej) | Cena brutto za 1 godzinę (zł)  a | mnożnik krotności wykonania  b | Cena brutto (zł)  axb |
| Usługa fizjoterapii |  | 480 | 0,00 |

**Doświadczenie osób przewidzianych do realizacji zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Ilość lat doświadczenia |
|  |  |  |
|  |  |  |