**Załącznik nr 3 do umowy nr …../PU/24**

**z dnia ………….2024 r.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Netto** | **Brutto** |
| **Ryczałt za udostępnianie dokumentacji medycznej** |  |  |
| **Cena za 1 stronę kopii,**  **w kolorze czarnym, w formacie A3** |  |  |
| **Cena za 1 stronę kopii,**  **w kolorze czarnym, w formacie A4** |  |  |
| **Cena za 1 stronę kopii w kolorze kolorowym, w formacie A4** |  |  |
| **Foliowanie dokumentu A4** |  |  |
| **Bindowanie dokumentów + oprawa do 50 kartek** |  |  |
| **Bindowanie dokumentów + oprawa do 100 kartek** |  |  |
| **Bindowanie dokumentów + oprawa powyżej 100 kartek** |  |  |