FURNIZOR_____ anexa 4

a) Suma pentru activitati de transport sanitar neasistat

Tipul autovehiculului	Nr. Km estimati	din care:		Tarif/km	Suma
		KM pt. mediul urban	KM pt. mediul rural		
0	*1=2+3*	2	3	*4*	*5=2*4+3*4*
Ambulanta tip A1					**0.00**
Ambulanta tip A2					**0.00**
Autoturisme destinate transportului sanitar neasistat					**0.00**
Total	**0**	**0**	**0**		**0.00**

MANAGER,