

.....
(miejsowość, data)

Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 2
44 - 120 Pyskowice

FORMULARZ OFERTOWY

„Całodobowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług transportowych samochodem sanitarnym typu: „P”, „T” Transport będzie dotyczył pacjentów hospitalizowanych i transportu krwi oraz preparatów krwiopochodnych dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w Pyskowicach Sp. z o.o.

Przedmiotem zamówienia jest: Całodobowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług transportowych samochodem sanitarnym typu: „P”, „T”. Na cenę usługi składa się zaproponowana kwota brutto za 1 km godzinę przejazdu obejmująca wszystkie koszty (w szczególności koszt paliwa, amortyzację, koszty osobowe, ubezpieczenie oraz koszt ewentualnego postoju lub oczekiwania) niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.

- 1.Nazwa Wykonawcy, adres:.....
- 2.NIP:.....
- 3.REGON:.....
- 4.Nr rachunku bankowego:
- 5.Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia: (niepotrzebne skreślić)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) przewóz pacjenta karetką ze średnim personelem medycznym | <input type="checkbox"/> |
| 2) przewóz pacjenta bez opieki medycznej | <input type="checkbox"/> |
| 3) przewóz krwi i preparatów krwiopochodnych(ryczałt) | <input type="checkbox"/> |

.....
2

Za cenę: (niepotrzebne skreślić)

1) przewóz pacjenta karetką ze średnim personelem medycznym: Cena netto..... Cena brutto:.....

2) przewóz pacjenta bez opieki medycznej: Cena netto..... Cena brutto:.....

3) przewóz krwi i preparatów krwiopochodnych: Cena netto..... Cena brutto:.....

Cenę należy wyliczyć zgodnie z poniższą tabelą:

	Przedmiot zamówienia	Cena jednostkowa netto	Ilość szacowana na okres 12 miesięcy	Cena łączna netto w zł	VAT%	Cena łączna Brutto
1.	Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „P”	Za 1 godzinę.....	700 godzin			
		Za 1 kilometr.....	8000 km			
			Wartość netto;		Wartość brutto:	
2.	Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „T”	Za 1 godzinę.....	700 godzin			
		Za 1 kilometr....	8.000 km			
			Wartość netto:		Wartość brutto:	
3	Transport krwi i preparatów krwiopochodnych	Za 1 wyjazd	Średnio 350 wyjazdów			
			Wartość netto za jeden transport:		Wartość brutto za jeden wyjazd :	

6. Deklaruję ponadto:

a) termin wykonania zamówienia: od daty zawarcia umowy na okres 12 miesięcy

b) warunki płatności: nie mniej niż 30 dni od daty dostarczenia faktury zamawiającemu:

proponowany termin płatności:.....

7. Oświadczam, że:

- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnoszę żadnych zastrzeżeń,
- w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.

8. Załącznikiem do niniejszego formularza ofertowego jest:

- 1) Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert
- 2) Oświadczenie o dysponowaniu ambulansem, spełniającym wymagania normy

1789 : 2008

PN-EN

.....
(podpis osoby uprawnionej)