

.....  
(miejscowość, data)

**Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.**

ul. Szpitalna 2

44 - 120 Pyskowice

**FORMULARZ OFERTOWY**

**„Całodobowe świadczenie usług transportowych samochodem sanitarnym typu: „S”, „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 świadczenie usług transportowych samochodem sanitarnym typu: „S”, „P”, „T”. Na cenę usługi składa się zaproponowana kwota brutto za 1 km 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)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>1) przewóz pacjentów karetką z zespołem lekarskim</b>           | <input type="checkbox"/> |
| <b>2) przewóz pacjenta karetką ze średnim personelem medycznym</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3) przewóz pacjenta bez opieki medycznej</b>                    | <input type="checkbox"/> |
| <b>4) przewóz krwi i preparatów krwiopochodnych</b>                | <input type="checkbox"/> |

.....2

Za cenę: (niepotrzebne skreślić)

- 1) przewóz pacjentów karetką z zespołem lekarskim: Cena netto..... Cena brutto:.....
- 2) przewóz pacjenta karetką ze średnim personelem medycznym: Cena netto..... Cena brutto:.....
- 3) przewóz pacjenta bez opieki medycznej: Cena netto..... Cena brutto:.....
- 4) przewóz krwi i preparatów krwiopochodnych: Cena netto..... Cena brutto:.....

Cenę należy wyliczyć zgodnie z poniższą tabelą:

	Przedmiot zamówienia	Cena jednostkowa netto	Ilość na okres 12 miesięcy	Cena łączna netto w zł	VAT%	Cena łączna Brutto w zł
1	Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „S”	Za 1 godzinę	350 godzin			
		Za 1 kilometr	8.000 km			
			Wartość netto:		Wartość brutto:	
2	Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „P”	Za 1 godzinę	800 godzin			
		Za 1 kilometr	16.000 km			
			Wartość netto;		Wartość brutto:	
3	Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „T”	Za 1 godzinę	700 godzin			
		Za 1 kilometr	8.000 km			
			Wartość netto:		Wartość brutto:	
4	Transport krwi i preparatów krwiopochodnych	Za 1 wyjazd	Średnio 350 wyjazdów Ryczałt 50 km za jeden wyjazd			
			Wartość ryczałt netto za jeden transport:		Wartość ryczałt 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:.....**
- c) Ilość samochodów:.....

7. Oświadczam, że:

- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia i zapisami zawartymi we wzorze umowy 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 **PN-EN 1789 : 2008**

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

