

Załącznik Nr 1

.....
(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”,
Transport będzie dotyczył pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w Pyskowicach Sp. z o.o.**

Przedmiotem zamówienia jest: Całodobowe świadczenie usług transportowych samochodem sanitarnym typu: „S” 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 za cenę:

przewóz pacjentów karetką z zespołem lekarskim: 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:	

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) **Dyspozycyjność:.....**
- d) Ilość samochodów:.....

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 **PN-EN 1789 : 2008**

.....
(podpis osoby uprawnionej)