**Załącznik nr 7**

**Formularz cenowy**

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa: ................................................

Siedziba: ................................................

Wykonawca samodzielnie edytuje załącznik zgodnie z wybranym zadaniem od 1 do 3 dla każdego zadanie indywidualnie

**Część I: transport sanitarny bez opieki medycznej ”T”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana 15 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łączna  brutto w zł miesięczne | Czas dojazdu |
| 1 | **Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „T**” | Za 1 godzinę  ….................zł | 500 godzin |  |  |  | Do 4 h od zlecenia |
| Za 1 kilometr  ….................zł | 10000 km |  |  |  |
|  | Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |

**Część II : transport sanitarny z podstawową opieką medyczną ”P”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana 15 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łączna  brutto w zł | Czas dojazdu |
| 1 | **Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „P**” | Za 1 godzinę  ….................zł | 1000 godzin |  |  |  | Do 4 h od zlecenia |
| Za 1 kilometr  ….................zł | 20000 km |  |  |  |
|  | Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |

**Część III: Transport krwi i preparatów krwiopochodnych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana na 15 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łączna  brutto w zł | Czas dojazdu |
| 1 | Transport krwi i preparatów krwiopochodnych | Ryczałt 1 wyjazd 50km | 500 |  |  |  | Do 1 h od zlecenia |
| Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |

**Wartości w formularza cenowego należy przenieść do formularza ofertowego.**

.................................

(podpis osoby uprawnionej)