**Załącznik nr 7**

**Formularz cenowy**

Dane dotyczące wykonawcy

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

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

**Transport sanitarny ”S”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto | Ilość szacowana 12 miesięcy | Cena łączna netto w zł | VAT% | Cena łącznabrutto w zł  | Czas dojazdu |
| 1 | **Transport sanitarny – ambulans sanitarny typu „P**” | Za 1 godzinę….................zł | 210 godzin |  |  |  | Do 45 minut od przyjęcia zlecenia |
| Za 1 kilometr….................zł | 5000 km |  |  |  |
|  | Wartość netto: |  | Wartość brutto: |  |

………….................................

 (podpis osoby uprawnionej)