**PROPOZYCJA OFERTOWA nr sprawy 87/DEG/AS/2020**

**na świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego
dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku.**

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu I**

Transport sanitarny z zespołem specjalistycznym, w skład którego wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny

Nazwa Wykonawcy ............................................................................................................................

Adres Wykonawcy .............................................................................................................................

Numer telefonu / fax ..........................................................................................................................

Adres e-mail: ......................................................................................................................................

NIP: ..................................................................... REGON: .............................................................

Wpisany do rejestru przesiębiorców pod nr KRS ...................................../ CEDIG

1. Formularz cenowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Rodzaj usługi* | *Ilość* *w czasie trwania umowy (12 m-cy)* | *Cena jedn.* *(zł)* | *Wartość* *(zł)* |
| Transport sanitarny z zespołem specjalistycznym, w skład którego wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny | 3 500 km |  |  |
| 100 godzin |  |  |
|  RAZEM: |  |

1. Miejsce stacjonowania zespołu ratownictwa (adres, rodzaj zespołu, odległość w km od siedziby Zamawiającego)

 …………………………………….........

1. Termin płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie .......... dni (*min 14 dni - max. 60 dni*) od daty wystawienia dokumentów rozliczeniowych

1. Oświadczamy, że nie korzystamy/korzystamy\* z usług podwykonawców. W przypadku korzystania z usług podwykonawców prosimy o dołączenie do niniejszej dokumentacji informacji odnośnie Podwykonawców (zakres, wartość)

 \*niepotrzebne skreślić

1. Inne ..............................................................................................

*...................................... dn. .......................* ...............................................................

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upenomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

**PROPOZYCJA OFERTOWA nr sprawy 87/DEG/AS/2020**

**na świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego
dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku.**

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II**

Transport sanitarny z zespołem podstawowym, w skład którego wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione
do wykonywania czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny

Nazwa Wykonawcy ............................................................................................................................

Adres Wykonawcy .............................................................................................................................

Numer telefonu / fax ..........................................................................................................................

Adres e-mail: ......................................................................................................................................

NIP: ..................................................................... REGON: .............................................................

Wpisany do rejestru przesiębiorców pod nr KRS ...................................../ CEDIG

1. Formularz cenowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Rodzaj usługi* | *Ilość* *w czasie trwania umowy (12 m-cy)* | *Cena jedn.* *(zł)* | *Wartość* *(zł)* |
| Transport sanitarny z zespołem podstawowym, w skład którego wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny | 6 500 km |  |  |
| 180 godzin |  |  |
|  RAZEM: |  |

1. Miejsce stacjonowania zespołu ratownictwa (adres, rodzaj zespołu, odległość w km od siedziby Zamawiającego)

 …………………………………….........

1. Termin płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie .......... dni (*min 14 dni - max. 60 dni*) od daty wystawienia dokumentów rozliczeniowych

1. Oświadczamy, że nie korzystamy/korzystamy\* z usług podwykonawców. W przypadku korzystania z usług podwykonawców prosimy o dołączenie do niniejszej dokumentacji informacji odnośnie Podwykonawców (zakres, wartość)

 \*niepotrzebne skreślić

1. Inne ..............................................................................................

*...................................... dn. .......................* ...............................................................

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upenomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*