**PROPOZYCJA OFERTOWA nr sprawy 25/DEG/WK/2022**

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

**FORMULARZ CENOWY**

Nazwa Wykonawcy ……………………...................................................................................

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

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

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

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

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

1. Formularz cenowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Rodzaj usługi* | *Ilość*  *w czasie trwania umowy (6 m-cy)* | *Cena jedn.*  *(zł)* | *Wartość*  *(zł)* |
| 1 | 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 | 1 500 km |  |  |
| 50 godzin |  |  |
| 2 | 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: | 3 250 km |  |  |
| 90 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 upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*