Załącznik nr 1 do ZO

Samodzielny Publiczny

Zakład Opieki Zdrowotnej

w Łapach

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Wykonawcy** | |
| **Nazwa Wykonawcy i numer KRS / CEIDG** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Nr faxu** |  |
| **Nr konta bankowego** |  |
| **Osoba/osoby uprawnione do podpisania umowy** |  |

**Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj transportu sanitarnego pacjentów:** | **Cena jednostkowa netto godz.** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** |
| Z ratownikiem medycznym przez 24 godziny/7 dni w tygodniu |  |  |  |  |
| Z lekarzem przez 24 godziny/7 dni w tygodniu |  |  |  |  |
| Cena za 1 km |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Uwaga !**

**\*wyliczono na podstawie wykonanych transportów w okresie poprzednich 12 miesięcy.**

**Całkowita cena brutto (suma wartości brutto) za wykonanie przedmiotu zamówienia /cyfrą/:**

**………………………………… zł**

**Całkowita cena brutto (suma wartości brutto) za wykonanie przedmiotu zamówienia /słownie/:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………..… zł**

1. **Oświadczamy,** że czas realizacji świadczenia transportu sanitarnego w przypadkach:

* pilnych wynosi do 2 godzin od zgłoszenia;
* planowanych wynosi do 3 godzin od zgłoszenia.

1. **Oświadczamy,** że przyjmujemy warunki podane w treści zapytania ofertowego i załącznikach do ZO i nie wnosimy uwag co do jej treści oraz że posiadamy doświadczenie i zdolność do realizacji zadania.
2. **Oświadczamy,** że akceptujemy 60 dniowy termin płatności licząc od daty otrzymania faktury VAT przez Zamawiającego po wykonaniu usługi.
3. **Oświadczamy,** że gwarantujemy niezmienność cen brutto za 1 godzinę i za 1 km usługi transportu pacjentów przez cały okres obowiązywania umowy.
4. **Oświadczamy,** że ponosimy odpowiedzialność w pełnym zakresie w związku z wykonywaniem umowy w tym roszczenia pacjentów i osób trzecich.

**……………………..………………………………………..**

**data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej**