Załącznik nr 1 do ZO

**FORMULARZ OFERTOWY**

**„Usługi przewozowe ambulansem pod opieką lekarską na rzecz SP ZOZ w Łapach”,**

**DAO.262/15/2020/ZO**

|  |
| --- |
| **Dane Wykonawcy** |
| **Nazwa Wykonawcy i numer KRS / CEIDG** |  |
| **Adres** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Nr telefonu** |  |

**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** |  |  |  |  |

**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:
* planowanych odbywa się punktualnie na umówioną godzinę.
1. **Oświadczamy,**  że dojazd karetki **typu B** wynosi\*\*………………. minut od zgłoszenia

**Oświadczamy,**  że dojazd karetki **typu C** wynosi\*\*………………. minut od zgłoszenia

**Uwaga ! wymóg – dojazd nie później niż zgodnie z treścią par. 3 ust. 2 i 4 (typ B i typ C).**

1. **Oświadczamy,** że przyjmujemy warunki podane w SIWZ i nie wnosimy uwag co do jej treści oraz że powiadamy doświadczenie i zdolność do realizacji zadani.
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.
* Miejsca oznaczone gwiazdkami (\*\*) – należy wypełnić

**……………………..………………………………………..**

**data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej**