



Załącznik nr 1 do SWKO

.....  
(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

**Nazwa i siedziba Oferenta**

.....  
**Adres Oferenta** .....

**Nr wpisu do rejestru Województwa**

.....  
**Wpis do Rejestru Sądowego** .....

**NIP**..... **REGON**

.....  
**Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania firmy** .....

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia oraz z Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

Oferujemy wykonywanie usług przewozowych transportem sanitarnym w opcjach:

**Pakiet 1: Zespół Specjalistyczny typu „S”**

a) (przewóz chorego w obie strony - rozliczanie ryczałtem w granicach administracyjnych Trójmiasta)

Cena brutto ..... zł / przewóz, w tym podatek VAT .....%

słownie cena brutto /...../

b). (w przypadku wyjazdu poza granice administracyjne trójmiasta obowiązywać będzie stawka za ryczałt podana w ppkt A plus (+) stawka za każdy przejechany km.):

Cena brutto za 1 km przejechany km poza granicami trójmiasta przewozu ..... zł/km, w tym podatek VAT .....%

słownie cena brutto /...../

cena za przewozy – nie zawiera kosztów związanych z dojazdem do Zleceniodawcy , z powrotem do bazy oraz dojazdów związanych z tankowaniem pojazdu.

- postój do 0,5 godziny bezpłatny, wliczony w stawkę przejechanych kilometrów.

- postój powyżej 0,5 godziny - oczekiwanie na pacjenta lub w pozostawanie w gotowości dla

Zleceniodawcy - ... zł za 1 godzinę postoju rozliczaną w minutach.

- przy przewozach powyżej 150 km cena za 1 kilometr będzie każdorazowo negocjowana, nie może być jednak wyższa niż .... zł brutto za km.

**Pakiet 2: Transport sanitarny**

a) (przewóz chorego w obie strony - rozliczanie ryczałtem w granicach administracyjnych Trójmiasta)

Cena brutto ..... zł / przewóz, w tym podatek VAT .....%

słownie cena brutto /...../

b). (w przypadku wyjazdu poza granice administracyjne trójmiasta obowiązywać będzie stawka za ryczałt podana w ppkt A plus (+) stawka za każdy przejechany km.):

Cena brutto za 1 km przewozu ..... zł/km, w tym podatek VAT .....%

słownie cena brutto /...../

cena za przewozy – nie zawiera kosztów związanych z dojazdem do Zleceniodawcy , z powrotem do bazy oraz dojazdów związanych z tankowaniem pojazdu.

- postój do 0,5 godziny bezpłatny, wliczony w stawkę przejechanych kilometrów.

- postój powyżej 0,5 godziny - oczekiwanie na pacjenta lub w pozostawanie w gotowości dla

Zleceniodawcy - ... zł za 1 godzinę postoju rozliczaną w minutach.

- przy przewozach powyżej 150 km cena za 1 kilometr będzie każdorazowo negocjowana, nie może być jednak wyższa niż .... zł brutto za km.

Oświadczamy, że pojazdy sanitarne wyposażone są w sprzęt medyczny zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ – Zał. nr 3 (wypełnić stosownie do złożonej oferty) potwierdzić wykazem, Liczbę i kwalifikacje zawodowe personelu pojazdu sanitarnego podajemy w załączniku nr 4 (wypełnić stosownie do złożonej oferty) – potwierdzić wykazem,

Oświadczamy, że pojazdy sanitarne są sprawne i bezpieczne i posiadają aktualne świadectwa dopuszczające pojazdy do ruchu drogowego – załącznik Nr 6.

Akceptujemy 30 dniowy termin płatności.

Po upływie terminu płatności : nie obciążamy odsetkami \* / obciążamy odsetkami \* /niepotrzebne skreślić /, Oferujemy czas utrzymania cen bez zmian przez okres obowiązywania umowy.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami umowy (projektem) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń. W przypadku wybrania naszej oferty podpiszemy proponowaną treść umowy na okres .... miesięcy.

Należność z tytułu wykonania umowy należy przekazać na podany niżej rachunek bankowy:

.....  
(nazwa Banku i nr konta)

Tel..... Fax.....Adres e-mail.....

**UWAGA:**

**Czas dojazdu samochodu od momentu zgłoszenia:**

- przewozy planowane – (tzn. w uzgodnionym wcześniej terminie) – bezwzględnie w terminie ustalonym
- wezwania samochodu – czas podstawienia **max. do 45 min.**

*Nie spełnienie wymogu czasowego, spowoduje, że Zamawiający wezwie innego przewoźnika, a różnicą kosztów obciąży wykonawcę zamówienia.*

Załącznikami do niniejszej oferty są:

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 3. .... |
| 2. .... | 4. .... |
| 3. .... | 5. .... |

-----  
(data i podpis osoby uprawnionej)