DSUiZP 24/MS/05/2020r.

Zał. nr 1 do Zaproszenia

FORMULARZ CENOWY WYKONAWCY

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj karetki/ambulansu | Cena netto 1 godziny  pracy obsady karetki/amb.  zł/h | Cena netto przebiegu 1 km  zł/km | Stawka  pod.  VAT podst. prawna | PKWiU  2020r |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Ambulans sanitarny typu B lub C z lekarzem  wyposażony w aparaturę i sprzęt do ratowania życia |  |  |  |  |
| 2. | Ambulans sanitarny typu B lub C bez lekarza,  z pielęgniarzem lub ratownikiem medycznym |  |  |  |  |
| 3. | Ambulans sanitarny typu A2 z ratownikiem  medycznym lub sanitariuszem |  |  |  |  |
| 4. | Ambulans sanitarny typu A1 |  |  |  |  |
|  | Razem w kol. 3 i osobno 4. |  |  | xxxx | xxxx |

Legenda;

Wyliczone wartości należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, a wartość powinna obejmować wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty oraz

zużyte leki i materiały medyczne.

Dane Wykonawcy: Nazwa/adres…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

NIP………………….. Regon ………………………………COIDG/KRS nr………………………………… tel/fax …………………………………………………………..

Adres poczty elektr……………………………………..osoba kontaktowa ……………………………tel………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………..

Pieczęć firmowa i podpis osoby przygotowującej ofertę.