

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTY**

Dotyczy: postępowania **na przewóz Pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego z Lekarzem – ambulansem typu „S”** dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

Oznaczenie wykonawcy – nazwa	NIP
Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo)	Regon
Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu:  Imię i nazwisko: .....  nr telefonu: .....	Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania: Adres e-mail Wykonawcy: .....  Jeśli dostępny: Nr fax: .....
Kontakt internetowy (strona www) Jeśli posiada  .....	Numer konta bankowego na, które należy zwrócić wadium (jeżeli było wymagane i zostało wpłacone w pieniądzu):  Nie dotyczy

1. Oferuję usługę **na przewóz Pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego z Lekarzem – ambulansem typu „S”** dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w następujących cenach:

Lp.	Usługa	Ilość	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1.	Przewóz Pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego z Lekarzem – ambulansem typu „S” –zawarte w załączniku nr 1 do formularza ofertowego	Wg. załącznika			

2. Oferuje termin płatności ..... (min. 30 dni) od dnia doręczenia faktury.  
 3. Osobą upoważnioną do realizacji zamówienia jest P. ....  
 Nr tel. .... nr faksu ..... E-mail: .....

Data i podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty:

## FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

W imieniu Wykonawcy składam ofertę na świadczenie usług przewozu pacjentów Centrum specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "S" zgodnie z wymogami Zamawiającego opisanymi w Zapytaniu ofertowym w następujących cenach:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Pakiet nr	L.p.	Krótko nazwa, opis	Ilość planowana do zamówienia	Jednostka miary	Okres czasu (w miesiącach) na jaki planowany jest zakup	Cena jednostkowa netto w PLN	Wartość netto (cena jednostkowa razy ilość)	Stawka VAT	Wartość brutto (wartość netto + VAT)
1	1.	Przewóz pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "S" Przewóz miejscowy w jedną stronę	63	szt.	3 miesiące			usługi zwolnione z VAT	
1	2.	Przewóz pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "S" Przewóz miejscowy w dwie strony	6	szt.	3 miesiące			usługi zwolnione z VAT	
1	3.	Przewóz pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "S" Przewóz zamiejscowy	3 681	km.	3 miesiące			usługi zwolnione z VAT	

Data i podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty: