

**Nr sprawy: 06.PU-AZT.2023**

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

## FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

Dotyczy: postępowania na usługi przewozów pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "P" 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: .....
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 **usługi przewozów pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "P"** dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w następujących cenach:

L.p.	Usługa	Ilość	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1.	Przewozów pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "P" – 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. .... E-mail: .....

Data i podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty:

---

ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź  
**SEKRETARIAT** tel. (42) 689 50 10/fax (42) 689 50 11; **CENTRALA** tel. (42) 689 50 00  
 e-mail: [szpital@kopernik.lodz.pl](mailto:szpital@kopernik.lodz.pl), <http://www.kopernik.lodz.pl>  
 NIP 729-23-45-599 REGON 000295403 PEKAO S.A. O/ŁÓDŹ 6212401545111000011669957



## FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

W imieniu Wykonawcy składam ofertę na świadczenie usług przewozu pacjentów Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "P" zgodnie z wymogami Zamawiającego opisanymi w Zapytaniu ofertowym w następujących cenach:

Pakiet nr	L.p.	Krótką 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.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1	1.	Przewóz pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "P" <b>Przewóz miejscowy w jedną stronę</b>	72	szt.	3 miesiące			usługi zwolnione z VAT	
1	2.	Przewóz pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "P" <b>Przewóz miejscowy w dwie strony</b>	18	szt.	3 miesiące			usługi zwolnione z VAT	
1	3.	Przewóz pacjentów specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego ambulans typu "P" <b>Przewóz zamiejscowy</b>	5 640	km.	3 miesiące			usługi zwolnione z VAT	

Data i podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty: