**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY - modyfikowany**

Konkurs K/2/IV/2017

OFERTA na: **„Świadczenie usług transportu sanitarnego podstawowego oraz specjalistycznego na rzecz pacjentów Prudnickiego Centrum Medycznego S.A. w Prudniku.”**

 Dane Oferenta:

Nazwa.............................................................................................................................

Siedziba..........................................................................................................................

Nr telefonu ............................................. e-mail …………………………………………………………………………

Reprezentowany przez:…..............................................................................................................

# Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym zaproszeniem za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miejsce udzielania świadczenia/przedmiot zamówienia** | **Jednostka** | **Szacunkowa ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |  | *5* | *6=4\*5* |
| **1.** | Przewóz pacjenta karetką **typu S** – cena za 1 km  | **1 km** | **7145** |  |  |  |
| **2.** | Przewóz pacjenta karetką **typu P** – cena za 1 km | **1 km** | **3404** |  |  |  |
| **3.** | Godzina pracy zespołu specjalistycznego tj ratownik medyczny/kierowca, ratownik medyczny, lekarz(czas pracy pow. 5 minut zaokrąglamy w górę do pełnej dziesiątki minut, czas poniżej pięciu minut do pełnej dziesiątki minut w dół) | **1 godzina** | **237** |  |  |  |
| **4.** | Godzina pracy zespołu podstawowego tj ratownika medycznego/kierowcy i ratownika medycznego. (czas pracy pow. 5 minut zaokrąglamy w górę do pełnej dziesiątki minut, czas poniżej pięciu minut do pełnej dziesiątki minut w dół) | **1 godzina** | **353** |  |  |  |
| **Razem suma pozycji z wierszy 1 do 4** |  |

Oświadczam, że:

1. **Udzielamy świadczenia będących przedmiotem konkursu od ………………(podać ilość) lat.**
2. **Odległość miejsca postoju pojazdu od szpitala w Prudniku wynosi …………………… (podać ilość) km oraz miejsce**

**postoju. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Posiadam aktualnie obowiązujące uprawnienia niezbędne do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu ofert.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i szczegółowych warunków Konkursu,

**Do oferty należy dołączyć kserokopie następujących dokumentów:**

1. **aktualny odpis z właściwego rejestru** lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji,
2. **Dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień/pełnomocnictw** osób składających ofertę, o ile fakt ten nie wynika z przedstawionych dokumentów rejestrowych. Udowodnienie posiadania uprawnień do podpisania oferty ciąży na Wykonawcy.
3. Dokument sporządzony wg wzoru określonego w: Formularzu ofertowym – Załącznik nr 1 do zaproszenia.

Zastrzeżenie wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie dostępne:

....................................................................................................................................................

Inne informacje wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………

....................................................................................................................................................

 Data.............................. …..............................................................

 ( podpis uprawnionego przedstawiciela)