Pieczęć Wykonawcy …………………………….. *(miejscowość, data)*

**FORMULARZ OFERTY**

Odpowiadając na skierowane do nas zapytanie ofertowe dotyczące:

„Transport sanitarny na terenie miasta Jarosławia i powiatu jarosławskiego w celu: przewozu lekarza oraz pielęgniarki środowiskowej na zabiegi i wizyty domowe, a także przewozu pacjentów kierowanych przez lekarzy POZ z terenu miasta Jarosławia i Przemyśla oraz powiatów jarosławskiego i przemyskiego do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie.” składam ofertę następującej treści:

1. oferujemy wykonanie zamówienia na zasadach określonych w zapytaniu ofertowym za:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zadania** | **J.m.** | **Planowana ilość** | **Cena jednostkowa netto**  **[zł]** | **Wartość**  **netto**  **[zł]** | **Stawka**  **VAT**  **[%]** | **Wartość**  **brutto**  **[zł]** |
| **1.** | **a) Oferowana przez Wykonawcę stawka za transport sanitarny lekarza, pielęgniarki, położnej na wizyty domowe**  Dotyczy km przejechanych samochodem Wykonawcy na rzecz Przychodni **(nie obejmuje km na dojazd do Przychodni i powrót do miejsca postoju Wykonawcy, których nie wlicza się do kosztów usługi).** | **km** | **4740** |  |  |  |  |
| 1. **Oferowana przez Wykonawcę stawka za czas pracy kierowcy przy transporcie sanitarnym** **lekarza, pielęgniarki, na wizyty domowe**   Dotyczy godzin pozostawania kierowcy w dyspozycji Przychodni **(nie obejmuje czasu pracy kierowcy na dojazd do Przychodni i powrotu do miejsca postoju Wykonawcy, którego nie wlicza się do kosztów usługi).** | **godz.** | **250** |  |  |  |  |
| **2.** | 1. **Oferowana przez Wykonawcę stawka za transport pacjentów ambulansem typu A1 i A2**   Dotyczy km przejechanych samochodem Wykonawcy na rzecz Zamawiającego (obejmuje km na dojazd do pacjenta z Przychodni, która przekazała zlecenie, realizację zlecenia i powrót do Przychodni Zamawiającego - **stawka nie obejmuje km na dojazd do Przychodni i powrót do miejsca postoju Wykonawcy, których nie wlicza się do kosztów usługi**). | **km** | **4212** |  |  |  |  |
| **b) Oferowana przez Wykonawcę stawka za czas pracy zespołu ambulansu typu A1 i A2 przy transporcie pacjentów**  Dotyczy godzin pozostawania zespołu karetki „P” w dyspozycji Zamawiającego (obejmuje czas pracy na dojazd do pacjenta z Przychodni, która przekazała zlecenie, realizację zlecenia i powrót do Przychodni Zamawiającego – **stawka nie obejmuje czasu pracy zespołu karetki na dojazd do Przychodni i powrót do miejsca postoju Wykonawcy, których nie wlicza się do kosztów usługi.** | **godz.** | **280** |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem:** | | | | |  | **X X X** |  |

**Słownie (brutto) zł: *…………………………………………………………………………………..***

Łączna wartość w netto przedmiotu zamówienia:…………………………….

Łączna wartość w zł brutto przedmiotu zamówienia: ………………………….

Słownie zł brutto: .............................................................................................................

1. Termin realizacji zamówienia:

**12- miesięcy od dnia podpisania umowy**

1. Warunki płatności:

-**30 dni od daty otrzymania faktury.**

1. Inne:

……………………………………………………………………………………

1. Przyjmujemy do realizacji postawione przez zamawiającego, w zapytaniu ofertowym warunki.
2. Oświadczamy, że cena podana w ofercie jest obowiązująca w całym okresie ważności umowy i zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia jakie ponosi zamawiający.

7. Wyrażam(-y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz treści zawartej

w ofercie w zakresie niezbędnym do ogłoszenia wyników postępowania w tym również zamieszczenia tych danych na stronie internetowej szpitala.

8. Uważam(-y) się za związanych niniejszą ofertą przez okres 14 dni licząc od daty wyznaczonej na składanie ofert.

9. Zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w projekcie umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

10.Oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

……………………………….

*podpis osoby upoważnionej*

Załączniki do oferty:

* 1. ……………………………….
  2. ……………………………….
  3. ……………………………….
  4. ……………………………….
  5. ………………………………..