Załącznik Nr 1 Nr ZO - 2/transport medyczny/2025

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Oferenta :**

1. *Pełna nazwa*

*..........................................................................................................................*

*..........................................................................................................................*

1. *Adres ................................................................................................................*
2. *NIP........................................... REGON.........................................................*
3. *Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania firmy.................................................................................................................*

# Oferta dotyczy Zapytania ofertowego na realizację usług w zakresie transportu medycznego pacjentów Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach

Oferujemy wykonanie usług objętych specyfikacją:

**Cena za wyjazd.**

Netto……………………….zł + VAT …………………….

**Brutto**……………………..zł

Słownie:………………………………………………………………………

**Cena 1 kilometra**

Netto……………………….zł + VAT …………………….

**Brutto**……………………..zł

Słownie:………………………………………………………………………

**Każde rozpoczęte 30 min. Postoju w oczekiwaniu na pacjenta podczas konsultacji lekarskich ( pierwsze 30 min bez opłat).**

**Cena**

Netto……………………….zł + VAT …………………….

**Brutto**……………………..zł

Słownie:………………………………………………………………………

**Termin realizacji usług** : w okresie od 01.04.2025 r. do dnia 31.03.2027 r.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia oraz z szczegółowymi warunkami zapytania o cenę i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczamy, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, że postanowienia zawarte w projekcie umowy akceptujemy bez zastrzeżeń.
4. Oświadczamy, że środki transportu sanitarnego spełniają warunki określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002r. ( Dz.U. 2003 nr 32 poz. 262) w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia.
5. Oświadczamy, że personel posiada kwalifikacje i uprawnienia wynikające   
   z obowiązujących przepisów prawnych niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.
6. Posiadamy polisę ubezpieczeniową OC i NW do oferowanych pojazdów.
7. Dysponujemy taborem samochodowym zgodnym z wymogami stawianymi przez Udzielającego zamówienia.