**Załącznik nr 1 do SIWZ – Formularz Cenowy**

**(Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.10.2018)**

**Formularz Cenowy**

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie usługi** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość**  **(24 m-ce)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość** | |
| **netto** | **brutto** |
| 1 | Transport sanitarny z lekarzem | Cena za przejechany kilometr (km) |  | **21 600 km** |  |  |  |
| Cena za czas pracy karetki (godz.) |  | **1080 godz.** |  |  |  |
| 2 | Transport sanitarny z ratownikiem | Cena za przejechany kilometr (km) |  | **20 400 km** |  |  |  |
| Cena za czas pracy karetki (godz.) |  | **888 godz.** |  |  |  |
| 3. | Transport sanitarny z kierowcą | Cena za przejechany kilometr (km) |  | **13 848 km** |  |  |  |
| Cena za czas pracy karetki (godz.) |  | **2184 godz.** |  |  |  |
| 4 | Transport sanitarny z kierowcą do sterylizacji + powrót | Cena za przejechany kilometr (km) |  | **72 km** |  |  |  |
| Cena za czas pracy karetki (godz.) |  | **14 godz.** |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ......................................................................................................................................................

VAT: ………… %

Wartość brutto pakietu: ..................................... zł Słownie: ......................................................................................................................................................

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

/ miejscowość/ / data / /podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/

**Załącznik nr 1 do SIWZ – Formularz Cenowy**

**(Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.10.2018)**

**Formularz Cenowy**

**Pakiet nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Najem** | **Cena jednostkowa netto za dobę** | **Ilość dni**  **(24 m-ce)** | **Cena jednostkowa brutto za dobę** | **Wartość** | |
| **netto** | **brutto** |
| 1 | Ambulans najmowany |  | **128** |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ......................................................................................................................................................

VAT: ………… %

Wartość brutto pakietu: ..................................... zł Słownie: ......................................................................................................................................................

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

/ miejscowość/ / data / /podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/