Załącznik nr 1-formularz oferty

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

*(pieczęć firmowa Oferenta)*

**OFERTA**

USŁUGA TRANSPORTU SANITARNEGO

Znak sprawy 15/2024/DPZ/PN

Dane wykonawcy:

Nazwa : …………………………………………………………………………

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

Nr telefonu ..........................

NIP .............................................

REGON......................................

e-mail: …………………

W związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na usługi transportu sanitarnego oferujemy świadczenie usług będących przedmiotem zamówienia przez okres 24 miesięcy, zgodnie z wymogami zapytania ofertowego w części dotyczącej:

**Część nr 1:**

**1. Transport sanitarny bez opieki medycznej w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym,

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

d) transport badań do laboratorium

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 5000 | 1,5 |  | ZW |  |
| L.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 350 | 2 |  | ZW |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**2. Transport sanitarny z opieką medyczną w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 2500 |  |  |  |  |
| l.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 90 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**3. Transport sanitarny w trybie „cito” bez opieki medycznej w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym,

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

d) transport badań do laboratorium

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 4000 |  |  |  |  |
| L.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 35 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**4. Transport sanitarny w trybie „cito” z opieką medyczną w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 5000 |  |  |  |  |
| l.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 42 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**5. Transport sanitarny pacjenta zakaźnego bez opieki medycznej w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym,

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

d) transport badań do laboratorium

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 1100 |  |  |  |  |
| L.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 50 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**6. Transport sanitarny pacjenta zakaźnego z opieką medyczną w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 600 |  |  |  |  |
| l.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 15 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**7. Transport sanitarny pacjenta zakaźnego w trybie „cito” bez opieki medycznej w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza

specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym,

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

d) transport badań do laboratorium

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 600 |  |  |  |  |
| L.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 15 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**8. Transport sanitarny pacjenta zakaźnego w trybie „cito” z opieką medyczną w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 300 |  |  |  |  |
| l.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 8 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**9.** **Transport sanitarny pacjenta zakaźnego z podejrzeniem/zakażeniem np. COVID-19 bez opieki medycznej w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym,

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

d) transport badań do laboratorium

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 1100 |  |  |  |  |
| L.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 50 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**10. Transport sanitarny pacjenta zakaźnego z podejrzeniem/zakażeniem np. COVID-19 z opieką medyczną w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 600 |  |  |  |  |
| l.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 15 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**11. Transport sanitarny pacjenta zakaźnego z podejrzeniem/zakażeniem np. COVID-19 w trybie „cito” bez opieki medycznej w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza

specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym,

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

d) transport badań do laboratorium

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 600 |  |  |  |  |
| L.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 15 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

**12. Transport sanitarny pacjenta zakaźnego z podejrzeniem/zakażeniem np. COVID-19 w trybie „cito” z opieką medyczną w zakresie**:

a) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej wymagających konsultacji lekarza specjalisty lub wykonania badania diagnostycznego w innym podmiocie leczniczym

b) przewóz chorych w pozycji siedzącej lub leżącej do innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia,

c) transport chorych w pozycji siedzącej lub leżącej niezdolnych do korzystania z publicznych środków transportowych do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu u Zleceniodawcy,

Za łączną cenę ofertową bez podatku VAT:............................................zł

Podatek VAT ….......% ….....................................................................zł

Cena z podatkiem VAT ….....................................................................zł

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 300 |  |  |  |  |
| l.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 8 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

Szacowana całkowita wartość umowy:…………………………..(podać sumę pozycji 1-12)……………..

**Część nr 2**: **transport sanitarny samochodem sanitarnym z zapewnioną opieką medyczną o standardzie odpowiadającym karetkom typu S**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość km | Cena jednostkowa za 1 km | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 1 | 1000 |  |  |  |  |
| l.p. | Ilość godzin | Cena jednostkowa za 1 godzinę | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| 2 | 20 |  |  |  |  |
|  |  | Razem 1+2 |  |  |  |

Szacowana całkowita wartość umowy:…………………………..

Termin płatności: do 60 dni licząc od dnia otrzymania faktur przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.

2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym

i faktycznym.

3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia.

4. Oświadczamy, że zawarte w SWZ oraz w istotne postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w SWZ oraz istotnych postanowieniach umowy stanowiących załącznik nr 3 oraz 4 do SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

5. Podwykonawcom zlecę nw. zadania:

………………………………………..

………………………………………..

6. Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za działania podwykonawców.

7. Oświadczam, że personel przy pomocy którego będę świadczył przedmiotowe usługi posiada kwalifikacje

i doświadczenie konieczne do prawidłowego wykonywania zamówienia.

8. Oświadczam, że w przypadku wymienionym w § 5 ust.5 umowy (załącznik nr 5) do SWZ, zobowiązuję się we własnym zakresie zapewnić sprawny pojazd zastępczy dla zapewnienia ciągłości świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia

9. Nasz adres e-mail do odbierania korespondencji: ...................................

10. Termin wykonania: zgodnie z istotnymi postanowieniami umowy

11. Jesteśmy (zaznaczyć właściwą opcję)\*\*\*\*\*:

🞏 Mikroprzedsiębiorstwem

🞏 Małym przedsiębiorstwem

🞏 Średnim przedsiębiorstwem

🞏 Innym

\*\*\*\*\* w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ..................................................

2. ..................................................

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

(podpis upełnomocnionego przedstawiciela)