Załącznik Nr 2

**OFERTA**

**Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usług transportu ambulansem bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu P**

**Dane Oferenta:**

**Nazwa** .

**Adres** .

**Nr telefonu** .

**Nr faksu**………………......... ..

**Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru** ….

**Numer NIP** …………………………………………………………………………………………..

**Numer REGON** …………………………………………………..

**Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu**:………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Transport sanitarny karetką typu „P” na wezwanie telefonicznie we wszystkie dni tygodnia 24 godziny na dobę.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość km i godz.** | **Cena jedn. brutto****zł/km****zł/godz.** | **Wartość zamówienia brutto****kol. 3x kol. 4** |
| 1. | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | **Szacunkowa roczna liczba km** | **2 700** |  |  |
| 3. | **Szacunkowa roczna liczba godzin** | **55** |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** |  |

Ilość km i godzin jest szacunkową liczbą **na okres 12 miesięcy.**

Środek transportu sanitarnego typu „P” spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

............................................................................. ………………………………………….

 miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej