**FORMULARZ CENOWY**

**Część 1. Świadczenie usług transportu medycznego w standardzie „P”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj karetki**Świadczenie usług transportu medycznego w standardzie „P” | **j.m.** | **Ilość** (w okresie 12 msc) | **Cena jednostkowa netto**(odpowiednio za 1 h i 1 km świadczenia usługi) | **Wartość netto**(ilość x cena jednostkowa netto odpowiednio za 1 h  i 1 km świadczenia usługi) | **Stawka VAT** | **Wartość brutto****(wartość netto + stawka VAT** |
| **Godzina /h/** | **200** |  |  |  |  |
| **Kilometr/km/** | **3 500** |  |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM:** |  |
|  |  |

**Część 2. Świadczenie usług transportu sanitarnego w standardzie „T”.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Świadczenie usług transportu sanitarnego w standardzie „T”. | **j.m.** | **Ilość**  | **Cena jednostkowa netto**(odpowiednio za 1 h i 1 km świadczenia usługi) | **Wartość netto**(ilość x cena jednostkowa netto odpowiednio za 1 h  i 1 km świadczenia usługi**)** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto****(wartość netto + stawka VAT**  |
| **Godzina /h/** | **3 100** |  |  |  |  |
| **Kilometr/km/** | **64 000** |  |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM:** |  |

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*