**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi transportu sanitarnego pacjentów z zespołem lekarskim**

**BZP.38.382-22.23**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Szacowana ilość kilometrów oraz godzin opieki (19 miesięcy)** | **Cena j. brutto**  **[PLN]** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| 1. | Transport sanitarny pacjentów z zespołem | km | 36 000 |  |  |
| 2. | Godziny opieki | godz. | 700 |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Aktualna cena paliwa jaką Wykonawca przyjął do sporządzenia oferty ....................zł\*  \* *Aktualną ceną jest średnia cena paliwa z 3 stacji benzynowych na terenie miasta Jastrzębi Zdrój, która wynosi ................ pln. Zmiana ceny może nastąpić tylko na podstawie akceptacji obu stron wyrażonej w aneksie do umowy, lecz nie częściej niż raz na pół roku, począwszy od półrocza następującego po dacie podpisania aneksu.*  Oferuję czas reakcji w przypadkach nagłych od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki …………… minut\*\*  **\*\*Wskazać czas reakcji w przedziale 100 min - 120 min**  \*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego **czasu reakcji w przypadkach nagłych** (niż wymagany) w **Formularzu cenowym,** Zamawiający uzna, że Wykonawca zobowiązuje się do reakcji w przypadkach nagłych w **najdłuższym czasie tj. 120 minut.** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość, ……………………., dnia …….…….2023 r. | | | |  |  |
|  |  |  | …………………………………………… | | |
|  |  |  | *podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy* | | |