**Załącznik nr 1**

Nr sprawy: 17/ZO/2023

Formularz ofertowy

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_

Nr telefonu/faks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr NIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr REGON\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dane dotyczące Zamawiającego:

Szpital św. Anny

ul. Szpitalna 3

32-200 Miechów

**FORMULARZ OFERTOWY**

W nawiązaniu do zapytania ofertowego na wykonanie zamówienia pn. ***Świadczenie usług transportu*** ***sanitarnego*** ***dla potrzeb Szpitala św. Anny w Miechowie***, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Cena za jeden kilometr transportu sanitarnego zwykłego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł, cena za 1 godzinę pracy zespołu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.

Uwaga: na potrzeby złożenia oferty, w celu porównania ofert, Zamawiający przyjmuje, że Wykonawca w ciągu jednej godziny pracy zespołu przebywa dystans 40 kilometrów. Łączna cena za oferowaną usługę zostanie ustalona po podzieleniu stawki oferowanej za godzinę pracy zespołu przez 40 i dodaniu uzyskanej wartości do stawki oferowanej za jeden kilometr danego rodzaju transportu.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami zapytania ofertowego i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz, że zdobyłem konieczne informacje do przygotowania Oferty.
2. Oświadczam, że wyżej podana cena ofertowa obejmuje wykonanie całości przedmiotu zamówienia opisanego w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Zobowiązuję się, w przypadku przyznania mi zamówienia, do podpisania umowy   
   w siedzibie Zamawiającego w wyznaczonym terminie.
5. Oświadczam, iż wszystkie informacje zamieszczone w Ofercie są prawdziwe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(mi (Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)