**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.*