## **Załącznik nr 1**

...............................................................

 (pieczęć wykonawcy)

#### Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny

#### Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie

#### ul. Wojska Polskiego 27,

#### 73-110 Stargard

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa : ......................................................................

Adres e-mail: ......................................................................

Siedziba: ......................................................................

Telefon / faks ......................................................................

NIP: ......................................................................

REGON: ......................................................................

Nr KRS/ ewidencji gospodarczej[[1]](#footnote-1): ......................................................................

Osoba upoważniona do podpisania umowy w przypadku uzyskania zamówienia:

…………………………………………………………………………………………

Wykonawca jest mikro/małym/średnim przedsiębiorstwem\* **□ TAK , □ NIE**

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu „przetargu nieograniczonego” ogłoszonego w BZP oraz na stronie internetowejBIPi na tablicy ogłoszeń Zamawiającego,przeprowadzanego zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych **na usługi przewozowe ambulansem pod opieką lekarską, przewóz pacjentów z ratownikiem medycznym, przewóz pacjentów z sanitariuszem, oraz transport samochodowy na rzecz SPWZOZ w Stargardzie** oferujemy następujące warunki:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość wyjazdów** | **Ilość km** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| A | Przewóz pacjentów ambulansem ze specjalistycznym zespołem Ratownictwa Medycznego na terenie miasta Stargardu | 4 | X |  |  |  |  |
| B | Przewóz pacjentów ambulansem ze specjalistycznym zespołem Ratownictwa Medycznego do specjalistycznych placówek medycznych poza granicami administracyjnymi miasta Stargard | X | 3680 |  |  |  |  |
|  | **Razem** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość wyjazdów** | **Ilość km** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| C | Przewóz pacjentów z ratownikiem medycznym na terenie miasta Stargardu | 45 | X |  |  |  |  |
| D | Przewóz pacjentów z ratownikiem medycznym do specjalistycznych placówek medycznych poza granicami administracyjnymi miasta Stargard | X | 20480 |  |  |  |  |
|  | **Razem** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |
|  |  |  |  |  |
| **III.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość wyjazdów** | **Ilość km** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| E | Przewóz pacjentów transportem sanitarnym z sanitariuszem oraz inne przewozy na terenie miasta Stargardu | 600 | X |  |  |  |  |
| F | Przewóz pacjentów transportem sanitarnym z sanitariuszem oraz inne przewozy poza granicami administracyjnymi miasta Stargard | X | 46400 |  |  |  |  |
|  | **Razem** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość wyjazdów** | **Ilość km** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| G | Transport w zakresie NiŚOZ (wizyty domowe, zgon,) pielęgniarki, lekarza. Miasto Stargard | 620 | X |  |  |  |  |
| H | Transport w zakresie NiŚOZ (wizyty domowe, zgon,) pielęgniarki, lekarza. Poza granice Miasta Stargard do 5 km | 120 | X |  |  |  |  |
| I | Transport w zakresie NiŚOZ (wizyty domowe, zgony) pielęgniarki, lekarza. Poza granice Miasta Stargard powyżej 5 km. | X | 4600 |  |  |  |  |
|  | **Razem** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Łączna wartość oferty brutto (cyfrowo i słownie):** |  |
|  | **Czas reakcji:** | niezwłocznie do …………… minut liczony od momentu wezwania do przyjazdu **(nie dłuższy niż 120 minut).** |

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda w ofercie czasu reakcji na wezwanie, stanowiącego pozacenowe kryterium oceny ofert, Zamawiający przyjmie do oceny warunek graniczny i przyzna w tym kryterium 0 pkt.

Cena podana w ofercie zawiera wszelkiego rodzaju opłaty i koszty związane z realizacją zamówienia, w szczególności: wszelkiego rodzaju podatki, koszty ubezpieczenia, koszty dojazdu po odbiór zlecenia na przewóz pacjenta, czas oczekiwania, wniesienie pacjenta, koszty dojazdu po odbiór pacjenta oraz powrotu do bazy po wykonaniu zleconego przewozu, koszty pomocy w przemieszczeniu pacjenta z budynku do pojazdu i z pojazdu do budynku, wszystkie rabaty, upusty, podatki i inne jeżeli występują. **W ceny usług zostały wliczone wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia. Oferowana cena będzie stała przez cały okres obowiązywania umowy.**

Termin płatności za wykonaną usługę wynosi 60 dni i liczony jest od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury / rachunku Zamawiającemu. Płatne przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze.

**Informujemy że:**

1. wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*
2. wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług …………………………………., których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to………………………………. zł netto\*.

**Uwaga! \*Niepotrzebne skreślić.**

* + - 1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
			2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia **–** 30 dni.
			3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
			4. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnianie tych warunków.
			5. Oświadczamy, że przetwarzamy dane osobowe zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), oraz zobowiązujemy się do poinformowania podwykonawców o konieczności przestrzegania przez nich w/w przepisów przy wykonywaniu przedmiotu zamówienia.
			6. Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom wykonanie następującej części zamówienia (jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Powierzona podwykonawcy do wykonania część zamówienia** | **Firma podwykonawcy wykonująca dana część zamówienia** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

**Załącznikami do oferty są :**

1. ............................................ itd.

............................................

 (Pieczęć i podpis wykonawcy)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)