Załącznik nr 2.3. do SIWZ

Załącznik do „Formularza ofertowego”

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**Formularz cenowy**

***Usługi transportu sanitarnego dla SP ZOZ MSWiA w Katowicach***

**Część 3**

***Transport sanitarny pacjentów wykonywany przez ambulans transportowy***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczenia – składowa ceny**  **w ramach usługi** | **Jednostka** | **Szacunkowa ilość**  **w okresie 2 lat** | **Stawka / wartość jednostkowa**  **złotych** | **Wartość**  **brutto**  **złotych** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6**  **(4x5)** |
| **2** | |  | | --- | | **Ilość przejechanych kilometrów**  **(z siedziby Zamawiającego do wskazanego miejsca)** | | **km** | **1600** |  |  |
| **3** | **Ilość wozogodzin pracy zespołu transportowego** | **wzh** | **100** |  |  |
| **4** | **Łączna wartość oferty** | | | |  |

**Cena oferty - wartość brutto (kolumna 6) słownie: ..........................................................................................................................................**

**………………………………………………………………………….**

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

................................................., dnia ......................... 2018 r.

(miejscowość)