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)