Załącznik nr 2 do Formularza Oferty

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

**Usługa transportu sanitarnego z opieką lekarską na rzecz pacjentów SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo
 i Psychicznie Chorych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  Nazwa towaru  | Szacunkowa liczba kilometrów/godzin w okresie obowiązywania umowy. | Cena jednostkowa netto za jeden kilometr/ godzinę |  Wartość netto  | Vat % | Wartość brutto  |
| 1. | Transport sanitarny z opieką lekarską | 1300 km |   |   |   |   |
| 2. |  50 h |   |   |   |   |
|  RAZEM:   |   |  |   |

\* UWAGA

Ilości wskazane w tabeli powyżej (zarówno godziny jak i kilometry) są ilościami szacunkowymi i zostały podane w celu przeliczenia oferty. Zamawiający zastrzega sobie prawo do ich zmiany, zgodnie z aktualnymi potrzebami.

………………………… *(miejscowość)*, dnia ………… 2023 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …………………………………………………… |
|  |  | *pieczątka i podpis osoby/ób upoważnionej/ych**do reprezentowania Wykonawcy* |