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* |