**FORMULARZ CENOWY**

**Część 1 – Usługi transportu medycznego w standardzie „P”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj karetki****Karetka „P” co najmniej 2 osoby uprawnione do podejmowania medycznych czynności ratunkowych.** | **j.m.** | **Ilość**  | **Cena netto****za przewóz**  | **Wartość netto****(ilość x cena netto** **za przewóz)** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| **Godziny/12 mc** | **300** |  |  |  |  |
| **Kilometr/ 12 mc** | **4500** |  |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM:** |  |
|  |  |

**Część 2 – Usługi transportu medycznego w standardzie „T”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj karetki****Karetka „T” co najmniej 2 osoby przeszkolone w zakresie pierwszej pomocy (sanitariusz lub ratownik KPP).** | **j.m.** | **Ilość**  | **Cena netto****za przewóz**  | **Wartość netto****(ilość x cena netto** **za przewóz)** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| **Godziny/12 mc** | **3100** |  |  |  |  |
| **Kilometr/ 12 mc** | **64000** |  |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM:** |  |

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego przedstawiciela Wykonawcy.*