**Załącznik nr 9 PN .. /2025 - Pakiet nr 2 – karetka S**

**FORMULARZ OFERTY**

1. Niniejszy formularz traktowany jest jako wzór i winien być wypełniony, podpisany i opieczętowany.
2. Wszystkie jego punkty muszą być wypełnione przez Oferenta wraz   
   z załączeniem wymaganych dokumentów pod rygorem odrzucenia oferty, która nie będzie spełniała tego warunku.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem, opatrzone datą i podpisem osoby upoważnionej pod rygorem odrzucenia oferty, która nie będzie spełniała tego warunku.
4. Każda strona formularza powinna zostać opatrzona datą i podpisem Oferenta pod rygorem odrzucenia oferty, która nie będzie spełniała tego warunku.

DANE O OFERENCIE:

Pełna nazwa Oferenta .......................................................................................................................................

Pełny adres Oferenta:........................................................................................................................................

Nr telefonu…………………. nr fax…………………..e-mail:……………………………….……………..

NIP ............................................... REGON ....................................................................................................

Bank, nr konta ………………………………………………………………………………….……………

Wykonawca jest małym/średnim/dużym przedsiębiorstwem - ………………………………..……………

Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielnie zamówienia - tak/nie

Transport chorych karetką do przewozu pacjentów w pozycji leżącej lub siedzącej z obsadą:

**1) transport karetką typu „S” - kierowca, lekarz, ratownik medyczny** (skład osobowy i wyposażenie zgodne z wytycznymi NFZ dla zespołu specjalistycznego ratownictwa medycznego)**,**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w załączniku nr ….. do oferty.**

**Lokalizacja – Warszawa – ul. Barska 16/20, ul. Bohaterów Września 7, ul. Ożarowska 75 A**

**Zawarcie umowy na okres 24 miesięcy, tj. od ………2025 r. do ………..2027 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **rodzaj transportu** | **wartość netto miesięcznie** | **wartość brutto miesięcznie** |
| 2 | transport karetką typu "S" |  |  |
|  | **OGÓŁEM** |  |  |

Wartość netto na 24 miesiące ………………. zł. słownie złotych …………………………………………………

Wartość brutto na 24 miesiące …………….. zł. słownie złotych …………………………………………………

**Informacje dodatkowe – dot. transportu karetkami typu S**

1. Wynagrodzenie za wykonane usługi przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego w w/w

zakresie będzie obliczane zgodnie z arkuszem asortymentowo-cenowym oraz z zapisami na kartach drogowych pojazdów i wydanymi zleceniami oraz ilości kursów przewozu.

1. Wykonawca jest zobowiązany do załączenia na wezwanie Zamawiającego wykazu środków

transportu, których zobowiązuje się używać.

1. Wykonawca oświadcza, że środki transportu przekazane do wykonania usługi są sprawne technicznie, mają aktualne badania techniczne oraz posiadają aktualne ubezpieczenie OC , NW i AC na dowód czego Wykonawca przedłoży przed podpisaniem umowy kopię polisy ubezpieczenia. Ważność polisy OC , NW i OC będzie utrzymywana przez Wykonawcę przez cały okres obowiązywania umowy.
2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość kontroli środków transportu pod względem zgodności ich rodzaju z wykazem, prawidłowej ilości oraz kontroli stanu technicznego.
3. Wykonawca oświadcza, że posiada pozwolenie na używanie pojazdów jako uprzywilejowanych w ruchu drogowym, wydane przez MSWiA, a kserokopię tego pozwolenia prześle na wezwanie Zamawiającego.
4. Wykonawca zobowiązuje się do należytego wyposażenia środków transportu zgodnie z obowiązującymi wymogami i przepisami prawa na swój koszt.
5. Wykonawca zobowiązuje się dołączać do faktur zestawienia: ilości wykonanych zleceń, w tym datę, nr zlecenia, ilość km, skąd – dokąd została wykonana usługa, czas pracy zespołu (od godz. do godz.), cenę wykonanego przewozu zespołowego, w zestawieniu Wykonawca podaje również czas trwania asysty i opieki w czasie wizyty pacjenta w Poradni (dot. Transportu karetką typu „T”) kosztów przewozu w podziale na komórki organizacyjne szpitala zlecające transport.

**Przykładowa tabela**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | data | nr zlecenia | zlecający | skąd | dokąd | ilość km | czas od | czas do | cena usługi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załączniki do oferty:**

**1) Załącznik nr 1 -** Opis przedmiotu zamówienia (załącznik nr ……. do SWZ)

**2**) Załącznik nr 2 - ………………………………………………

3) Załącznik nr 3 - ……………………………………………..

4) Załącznik nr 4 - ……………………………………………

**Podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej**

……………………………………………**..**