PN 03/24 ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE PRZEWOZU PACJENTÓW TRANSPORTEM SANITARNYM Z ZESPOŁEM SPECJALISTYCZNYM TYPU S	Załącznik nr 1 do SWZ	

KRYTERIUM/ UDZIAŁ W OCENIE CAŁKOWITEJ	**Przedmiot zamówienia: Usługa transportu sanitarnego typu S**
A: CZAS DOJAZDU/ 20%	deklarowany czas dojazdu jednostki Wykonawcy do Zamawiającego wynosi: …….. min

	OBSZAR	WROCŁAW I POZA WROCŁAWIEM						**CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA brutto ogółem za 12 miesięcy**
		ODLEGŁOŚĆ			CZAS			
B: CENA USŁUGI/ 80%	PODKRYTERIUM	dystans szacowany przez Zamawiającego [km]	cena jednostkowa brutto za 1 km	wartość brutto za 12 miesięcy	wymiar szacowany przez Zamawiającego [h]	cena jednostkowa brutto za 1 h	wartość brutto za 12 miesięcy	
		A	B	**Y = A x B**	C	D	**X = C x D**	**CU=Y+X**
	stawki/ deklarowana cena	9 350			550			

Okres 12 m-cy