|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  |  | **Załącznik nr 2 do SWZ** |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na świadczenie całodobowych usług odpłatnego transportu medycznego w latach 2021-2022, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.46.2021 |
| **FORMULARZ CENOWY** |
| Cenę brutto (zł), będącą podstawą do wyliczenia punktów za cenę otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto (zł) razy Ilość – daje Wartość netto (zł), z której to wartości liczymy podatek VAT i po dodaniu podatku VAT do wartości netto otrzymujemy Cenę brutto (zł). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Wartość jednostkowa netto (PLN)** | **Ilość** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT (%)** | **Cena brutto (PLN)** |
| 1. | Transport sanitarny zespołem typu specjalistycznego „S” (kierowca-ratownik medyczny + ratownik medyczny, pielęgniarka i lekarz)  |
| Cena za każdy rozpoczęty kilometr | **kilometr** |  | **9 000** |  |  |  |
| Cena za godzinę pracę zespołu | **godzina** |  | **280** |  |  |  |
| 2. | Transport sanitarny zespołem typu podstawowego „P” (kierowca-ratownik medyczny + ratownik medyczny) |
| Cena za każdy rozpoczęty kilometr | **kilometr** |  | **11 000** |  |  |  |
| Cena za godzinę pracę zespołu | **godzina** |  | **370** |  |  |  |
| 3. | Transport sanitarny zespołem typu „T” (kierowca + sanitariusz)  |
| Cena za każdy rozpoczęty kilometr | **kilometr** |  | **18 000** |  |  |  |
| Cena za godzinę pracę zespołu | **godzina** |  | **720** |  |  |  |
| 4. | Transport sanitarny zespołem typu „T” (kierowca + pojazd) |
| Cena za każdy rozpoczęty kilometr | **kilometr** |  | **800** |  |  |  |
| Cena za godzinę pracę zespołu | **godzina** |  | **60** |  |  |  |
| 5. | Miesięczna stawka ryczałtowa za gotowość | **jeden zespół** **„S” lub „P” lub „T”** |  | **48** |  |  |  |
| 6. | Stawka ryczałtowa za zużyte środki ochrony indywidualnej do transportu pacjenta podejrzanego o zakażenie COVID-19 lub inna chorobę zakaźną | **jeden zespół** |  | **240** |  |  |   |
| **RAZEM** |  |  |   |