**Załącznik nr 1a**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi transportu sanitarnego**

**BZP.38.382-43.24**

|  |
| --- |
| **Pakiet nr 1- Transport sanitarny pacjentów z zespołem lekarskim** |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Szacowana ilośćkilometrów oraz godzin opieki(24 miesiące)** | **Cena j. netto= brutto****[PLN]** | **Wartość netto=brutto****[PLN]** |
| 1. | Transport sanitarny pacjentów z zespołem | km | 44 000 |  |  |
| 2. | Godziny opieki | godz. | 850 |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Aktualna cena paliwa jaką Wykonawca przyjął do sporządzenia oferty ....................zł\* |
| \* *Aktualną ceną jest średnia cena paliwa z 3 stacji benzynowych na terenie miasta Jastrzębi Zdrój, która wynosi ................ pln. Zmiana ceny może nastąpić tylko na podstawie akceptacji obu stron wyrażonej w aneksie do umowy, lecz nie częściej niż raz na pół roku, począwszy od półrocza następującego po dacie podpisania aneksu.* |
| Oferuję czas reakcji w przypadkach nagłych od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki …………… minut\*\***\*\*Wskazać czas reakcji w przedziale od 100 min do 120 min**\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego **czasu reakcji w przypadkach nagłych** (niż wymagany) lub **nie podania czasu reakcji w przypadkach nagłych** (niż wymagany) w **Formularzu cenowym,** Zamawiający uzna, że Wykonawca zobowiązuje się do reakcji w przypadkach nagłych w **najdłuższym czasie tj. 120 minut.** |
|  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość, ……………………., dnia …….…….2024 r. |  |  |
|  |  |  | …………………………………………… |
|  |  |  | *podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych**do reprezentowania Wykonawcy* |

**Załącznik nr 1b**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi transportu sanitarnego**

**BZP.38.382-43.24**

**Pakiet nr 2– Transport sanitarny pacjentów (dzieci o masie ciała 4,5 kg i powyżej do 18 roku życia) karetką z zespołem lekarskim**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Szacowana ilość****kilometrów oraz godzin****(24 miesiące)** | **Cena j. netto= brutto****[PLN]** | **Wartość netto=brutto****[PLN]** |
| 1. | Transport sanitarny pacjentów (dzieci o masie ciała 4,5 kg i powyżej do 18 roku życia) karetką z zespołem lekarskim | km | 10 200 |  |  |
| 2**.** | Godziny opieki | godz. | 220 |  |  |
| **Razem** |  |

|  |
| --- |
| Aktualna cena paliwa jaką Wykonawca przyjął do sporządzenia oferty ....................zł\* |
| \* *Aktualną ceną jest średnia cena paliwa z 3 stacji benzynowych na terenie miasta Jastrzębi Zdrój, która wynosi ................ pln. Zmiana ceny może nastąpić tylko na podstawie akceptacji obu stron wyrażonej w aneksie do umowy, lecz nie częściej niż raz na pół roku, począwszy od półrocza następującego po dacie podpisania aneksu.* |
| Oferuję czas reakcji w przypadkach nagłych od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki …………… minut\*\***\*\*Wskazać czas reakcji w przedziale od 100 min do 120 min**\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego **czasu reakcji w przypadkach nagłych** (niż wymagany) lub **nie podania czasu reakcji w przypadkach nagłych** (niż wymagany) w **Formularzu cenowym,** Zamawiający uzna, że Wykonawca zobowiązuje się do reakcji w przypadkach nagłych w **najdłuższym czasie tj. 120 minut.** |
|  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość, ……………………., dnia …….…….2024 r. |  |  |
|  |  |  | …………………………………………… |
|  |  |  | *podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych**do reprezentowania Wykonawcy* |

**Załącznik nr 1c**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi transportu sanitarnego**

**BZP.38.382-43.24**

|  |
| --- |
| **Pakiet nr 3 - Transport sanitarny pacjentów dializowanych** |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Szacowana ilość kilometrów i godzin(24 miesięcy)** | **Cena j. netto= brutto****[PLN]** | **Wartość netto=brutto****[PLN]** |
| 1. | Transport pacjentów  | km | 350 000 |  |  |
| 2. | Transport pacjentów z opieką medyczną | godz. | 9100 |  |  |
| 3. | Transport pacjentów z opieką medyczną w niedziele, oraz w godzinach nocnych | godz. | 350 |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Aktualna cena paliwa jaką Wykonawca przyjął do sporządzenia oferty ....................zł\* |
| \* *Aktualną ceną jest średnia cena paliwa z 3 stacji benzynowych na terenie miasta Jastrzębie - Zdrój, która wynosi ................ pln. Zmiana ceny może nastąpić tylko na podstawie akceptacji obu stron wyrażonej w aneksie do umowy, lecz nie częściej niż raz na pół roku, począwszy od półrocza następującego po dacie podpisania aneksu.* |
| Wybieram termin płatności ……….\*\* dni\*\* Wskazać jedną z 2 dostępnych opcji, tj.:- 90 dni - 60 dni  |
|  |
| Miejscowość, ……………………., dnia …….…….2024 r. |  |  |
|  |  | …………………………………………… |
|  |  | *podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych* |
|  |  | *do reprezentowania Wykonawcy* |

**Załącznik nr 1d**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi transportu sanitarnego**

**BZP.38.382-43.24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pakiet nr 4 - Transport sanitarny pacjentów z opieką medyczną lub bez opieki medycznej** |  |
| **p** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Szacowana ilośćkilometrów oraz godzin opieki(około 26 miesięcy)** | **Cena j. netto=brutto****[PLN]** | **Wartość netto=brutto****[PLN]** |
|  | **Część ATransport sanitarny pacjentów (w pozycji leżącej lub siedzącej) z opieką średniego personelu medycznego (sanitariusz lub pielęgniarka lub ratownik medyczny)**  |
| 1 | Transport pacjentów (w pozycji leżącej lub siedzącej) z opieką średniego personelu medycznego (sanitariusz lub pielęgniarka lub ratownik medyczny) | km | 260 000 |  |  |
| 2 | Godziny opieki medycznej | godz. | 13 000 |  |  |
|  | **Część BTransport sanitarny pacjentów (w pozycji leżącej lub siedzącej) bez opieki medycznej** |
| 1 | Transport sanitarny pacjentów (w pozycji leżącej lub siedzącej) bez opieki medycznej | km | 2 000 |  |  |
| **Razem** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Aktualna cena paliwa jaką Wykonawca przyjął do sporządzenia oferty ....................zł\* |
| *\* Aktualną ceną jest średnia cena paliwa z 3 stacji benzynowych na terenie miasta Jastrzębi Zdrój, która wynosi ................ pln. Zmiana ceny może nastąpić tylko na podstawie akceptacji obu stron wyrażonej w aneksie do umowy, lecz nie częściej niż raz na pół roku, począwszy od półrocza następującego po dacie podpisania aneksu.* |
| Oferuję czas reakcji w przypadkach nagłych od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki..................................\*\*\*\*Wskazać jedną z 3 dostępnych opcji, tj.: a) od 25 minut do 30 minut – Wykonawca otrzyma 40 pkt,b) od 31 minut do 35 minut – Wykonawca otrzyma 20 pkt,c) od 36 minut do 40 minut – Wykonawca otrzyma 0 pktMiejscowość, ……………………., dnia …….…….2024 r.……………………………………………*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych* *do reprezentowania Wykonawcy* |

**Załącznik nr 1e**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi transportu sanitarnego**

**BZP.38.382-43.24**

**Pakiet nr 5 - Transport sanitarny materiałów biologicznych (np. krwi, preparatów krwiopochodnych, tkanek, kości, itp.)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Szacowana ilość****kilometrów oraz godzin****(24 miesiące)** | **Cena j. netto= brutto****[PLN]** | **Wartość netto=brutto****[PLN]** |
| 1. | Transport sanitarny materiałów biologicznych (np. krwi, preparatów krwiopochodnych, tkanek, kości, itp.) | km | 150 000 |  |  |
| **Razem** |  |

Aktualna cena paliwa jaką Wykonawca przyjął do sporządzenia oferty ....................zł\*

*\* Aktualną ceną jest średnia cena paliwa z 3 stacji benzynowych na terenie miasta Jastrzębie-Zdrój, która wynosi ................ pln. Zmiana ceny może nastąpić tylko na podstawie akceptacji obu stron wyrażonej w aneksie do umowy, lecz nie częściej niż raz na pół roku, począwszy od półrocza następującego po dacie podpisania aneksu.*

Czas reakcji od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki: ………….\*\*minut

\*\*Wskazać jedną z 3 dostępnych opcji, tj.:

Czas reakcji w przypadkach nagłych od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki:

- od 20 minut do 25 minut

- od 26 minut do 30 minut

- od 31 minut do 35 minut

Miejscowość, ……………………., dnia …….…….2024 r.

……………………………………………

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 1f**

**FORMULARZ CENOWY**

**Świadczenie usługi transportu sanitarnego**

**BZP.38.382-43.24**

**Pakiet nr 6 - Transport lekarza dyżurnego Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Szacowana ilość****kilometrów** **(24 miesiące)** | **Cena j. netto= brutto****[PLN]** | **Wartość netto=brutto****[PLN]** |
| 1. | Transport lekarza  | km | 15 600 |  |  |
| 2. | Wynagrodzenie kierowcy | miesiąc | 24 |  |  |
| **Razem** |  |

Aktualna cena paliwa jaką Wykonawca przyjął do sporządzenia oferty ……….zł\*

*\* Aktualną ceną jest średnia cena paliwa z 3 stacji benzynowych na terenie miasta Jastrzębie-Zdrój, która wynosi ................ pln. Zmiana ceny może nastąpić tylko na podstawie akceptacji obu stron wyrażonej w aneksie do umowy, lecz nie częściej niż raz na pół roku, począwszy od półrocza następującego po dacie podpisania aneksu.*

Czas reakcji od momentu zgłoszenia do przyjazdu karetki: …………. \*\* godziny

\*\*Wskazać jedną z 2 dostępnych opcji, tj.:

Czas od zgłoszenia do realizacji przewozu lekarza:

- od 1 godziny do 1 godziny 29 minut

- od 1 godziny 30 minut do 2 godzin

Miejscowość, ……………………., dnia …….…….2024r.

 ……………………………………………

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*