**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.*