Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Przedmiot konkursu:

.....

Udzielający zamówienia:
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24

I. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta .....

Siedziba Oferenta .....

NIP..... Regon ..... Pesel* .....

Tel. ..... Fax .....

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej.....

.....

Osoba do kontaktu.....

Dane teleadresowe osoby do kontaktu .....
(jeśli taka osoba została wyznaczona) (tel.; fax; e-mail)

II. Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na świadczenie usług transportu sanitarnego dla *Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,* zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

Pakiet nr 1
Za łączną wartość oferty brutto .....słownie.....
termin płatności .....
Wyżej wymieniona cena wynika z następującej kalkulacji:

1	2	3	4	5	6	7	8
L.p.	Rodzaj świadczonej usługi	jednostka miary	Ilość w czasie trwania umowy *(36 miesięcy)*	Cena jednostkowa bez VAT	VAT %	Cena jednostkowa z podatkiem VAT	Wartość oferty brutto
1	transport sanitarny bez opieki medycznej	km	67212				

Sposób wyliczenia wartości oferty brutto : kol.4 x kol. 7 = kol. 8

Pakiet nr 2

Za łączną wartość oferty brutto .....słownie.....

termin płatności .....

Wyżej wymieniona cena wynika z następującej kalkulacji:

1	2	3	4	5	6	7	8
L.p.	Rodzaj świadczonej usługi	jednostka miary	Ilość w czasie trwania umowy *(36 miesięcy)*	Cena jednostkowa bez VAT	VAT %	Cena jednostkowa z podatkiem VAT	Wartość oferty brutto
1	transport sanitarny pacjentów hospitalizowanych oraz dializowanych – leżących z opieką pielęgniarki lub ratownika medycznego	km	164484				
		godz.	6948				
Razem :							

Sposób wyliczenia wartości oferty brutto : kol.4 x kol. 7 = kol. 8

III. Termin realizacji: 36 miesięcy od daty podpisania umowy

IV. Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu wynosi:

Pakiet 1 .....; pakiet 2.....;

V. Osoba odpowiedzialna za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu z podaniem nr telefonu (całodobowego), na który będą składane zgłoszenia:

.....

VI. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....

VII. Oświadczam, że:

- uważam się za związanego z ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
- z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
- wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
- zainteresowałem sie i uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

....

(miejscowość, data) (Pieczątka i podpis osoby uprawnionej)