



L.dz:924/12/2024

Zagórze, dnia 11.12.2024r.

MODYFIKACJA SWKO

Dotyczy: **Konkursu Ofert „ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług transportu sanitarnego typu S i T”, Nr spr. 41/2024/KO.**

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzku k/W-wy modyfikuje zapisy SWKO poprzez **dodanie Formularza Ofertowego dla części 2. (w załączeniu).**

Pozostałe zapisy SWKO pozostają bez zmian.

Nazwa Oferenta

Zał.nr 1 a

Część 2.

.....
Adres

.....
TEL./ e-mail.....

NIP.....REGON.....

Formularz ofertowy

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **udzielanie świadczeń zdrowotnych Świadczenie usług transportu sanitarnego** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórzu k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 41/2024/KO składamy ofertę:

FORMULARZ OFERTOWY

Rodzaj usługi	ilość km	Cena jednostkowa	Wartość brutto usługi
Transport pacjentów nie wymagających opieki medycznej od miejsca wezwania do miejsca docelowego wraz z powrotem z wliczonym czasem oczekiwania na pacjenta do 30 minut. Ambulans sanitarny z kierowcą.	7.000zł./km.netto, podatek VAT Cena.....zł. brutto.	Wartość brutto zł.
Transport pacjentów nie wymagających opieki medycznej od miejsca wezwania do miejsca docelowego wraz z powrotem z wliczonym czasem oczekiwania na pacjenta do 30 minut. Ambulans sanitarny z kierowcą dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych tj.wyposażony w rampę lub windę umożliwiającą wjazd wózkiem inwalidzkim oraz szyny lub inne urządzenia do mocowania wózków dla osób niepełnosprawnych.	2.000zł./km.netto, podatek VAT Cena.....zł. brutto.	Wartość brutto zł.
Oczekiwanie na pacjenta -każde rozpoczęte następane 30 min.	50zł./km.netto, podatek VAT Cena.....zł. brutto.	Wartość brutto zł.

Koszt dodatkowego ratownika w pojeździe (zł/godz)	0zł./km.netto,podatek VAT Cena.....zł. brutto.	Wartość brutto
RAZEM	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	Wartość bruttozł.

Wartość brutto słownie:.....

.....zł.

Oświadczamy, że:

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....

(podpis i pieczęć)