Załącznik
do zapytania ofertowego
z dn. 7.01.2021 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Oferenta:**

Nazwa / imię i nazwisko: ............................................................................................................

Adres: .........................................................................................................................................

REGON: ....................................................... NIP: .....................................................................

Dane kontaktowe:

Tel: ............................................. fax: ......................................... email: ....................................

Osoba do kontaktu:…….…….………………………………………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| Cena za 1 h pracę Zespołu\* | Cena za 1 km świadczenia usługi transportu medycznego |
| netto | brutto | netto | brutto |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |

\* Zespół w rozumieniu zespołu medycznego spełniającego zapisy art. 46a ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 685)

Oświadczamy, że:

* 1. wskazane w Formularzu Ofertowym ceny jednostkowe brutto uwzględniają wszystkie wymagane opłaty i koszty niezbędne do zrealizowania przedmiotu zamówienia
	2. zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego, Szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
	3. nie jesteśmy powiązani kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym;
	4. posiadamy kompetencje i uprawnienia odpowiednie do prawidłowego wykonania zadania.

*………………………………… ...............................................................*

*(data) (pieczęć i podpis osób/osoby uprawnionej do
 reprezentowania)*