Załącznik nr 2 – Oferta cenowa

**OFERTA CENOWA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj przewozu** | **Typ transportu** | **Kierunek transportu** | **Szacunkowa ilość zleconych przewozów w ciągu roku** | **Cena brutto** |
| **1** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, rozliczane w formie ryczałtu | Transport specjalistyczny karetką „S” | w jedną stronę | 50 szt. | ……………zł |
| **2** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, rozliczane w formie ryczałtu | Transport specjalistyczny karetką „S” | w obie strony | 10 szt | ……………zł |
| **3** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, rozliczane w formie ryczałtu | Transport podstawowy karetką „P” | w jedną stronę | 140 szt. | ……………zł |
| **4** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, rozliczane w formie ryczałtu | Transport podstawowy karetką „P” | w obie strony | 20 szt. | ……………zł |
| **5** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, rozliczane w formie ryczałtu | Transport bez zespołu medycznego karetką „T” | w jedną stronę | 300 szt. | ……………zł |
| **6** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, rozliczane w formie ryczałtu | Transport bez zespołu medycznego karetką „T” | w obie strony | 15 szt. | ……………zł |
| **7** | Przewozy chorych poza granicami miasta i województwa łódzkiego – każdy kilometr przejechany w związku z wykonaniem usługi – od siedziby Udzielającego Zamówienia do miejsca zlecenia | Transport specjalistyczny karetką „S” | - | 30 szt. | ………zł/km |
| **8** | Przewozy chorych poza granicami miasta i województwa łódzkiego – każdy kilometr przejechany w związku z wykonaniem usługi – od siedziby Udzielającego Zamówienia do miejsca zlecenia | Transport podstawowy karetką „P” | - | 40 szt. | ………zł/km |
| **9** | Przewozy chorych poza granicami miasta i województwa łódzkiego – każdy kilometr przejechany w związku z wykonaniem usługi – od siedziby Udzielającego Zamówienia do miejsca zlecenia | Transport bez zespołu medycznego karetką „T” | - | 10 szt. | ………zł/km |
| **10** | Pozostawanie w dyspozycji Zamawiającego w miejscu przez niego wskazanym w rozliczeniu godzinowym | Transport specjalistyczny karetką „S” | - | 20 szt. | ……….zł/h |

……………………………

Data i podpis Oferenta