Załącznik nr 2 – Oferta cenowa

**OFERTA CENOWA**

**PAKIET I - dla pacjentów, w tym pacjentów zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia** **drobnoustrojami chorobotwórczymi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj przewozu** | **Typ transportu** | **Kierunek transportu** | **Szacunkowa ilość zleconych przewozów w ciągu roku** | **Cena jednostkowa 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 | 8 szt. | ……………zł |
| **3** | 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” | - | 15 szt. | ………zł/km |
| **4** | Pozostawanie w dyspozycji Zamawiającego w miejscu przez niego wskazanym **w rozliczeniu godzinowym** | Transport specjalistyczny karetką „S” | - | 10 szt. | ……….zł/h |
|  | **RAZEM:** | | | | ………… zł |

……………………………

Data i podpis Oferenta

**PAKIET II - dla pacjentów z otyłością olbrzymią /pacjentów bariatrycznych/ chorych o wadze powyżej 200 kg, w tym pacjentów zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj przewozu** | **Typ transportu** | **Kierunek transportu** | **Szacunkowa ilość zleconych przewozów w ciągu roku** | **Cena jednostkowa brutto** |
| **1** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, **rozliczane w formie ryczałtu** | Transport specjalistyczny karetką „S” | w jedną stronę | 2 szt. | ……………zł |
| **2** | Przewóz chorych w granicach administracyjnych miasta Łodzi, **rozliczane w formie ryczałtu** | Transport specjalistyczny karetką „S” | w obie strony | 2 szt. | ……………zł |
| **3** | 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” | - | 2 szt. | ………zł/km |
|  | **RAZEM:** | | | | ………… zł |

……………………………

Data i podpis Oferenta