

1. FORMULARZ CENOWY

UWAGA ! - WYPEŁNIA W CAŁOŚCI I PODPISUJE OFERENT

Szpital Wojewódzki Nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej
35-301 Rzeszów,
ul. Lwowska 60

Nazwa Oferenta:

.....
.....

Adres Oferenta:

.....
.....

tel./fax

Regon NIP

Nazwa Banku i Numer

Konta
.....

Niniejszym przedkładamy naszą ofertę na świadczenie usług transportu sanitarnego dla pacjentów Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie w ramach uzupełnienia transportu własnego Szpitala.

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Cena za 1 km transportu - | zł/km (brutto); |
| 2. Cena za 1 godz. pracy kierowcy - | zł/h (brutto); |
| 3. Cena za 1 godz. pracy zespołu medycznego 2 osobowego z ratownikiem medycznym (kierowca + ratownik medyczny) - | zł/h (brutto). |

DO OFERTY DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI

1. zał. nr
2. zał. nr
3. zał. nr
4. zła. nr

.....
Data

.....
Podpis Oferenta