**OFERTA**

Niniejsza oferta zawiera ................. kolejno ponumerowanych i zszytych zapisanych stron.

**Nazwa Podwykonawcy:** ..................................................................................................................

ulica: .................................................. kod i miejscowość: ..............................................................

powiat: ................................................ województwo: ...................................................................

adres do kontaktów (jeżeli jest inny niż adres Wykonawcy): ........................................................

osoba do kontaktów: .......................................................................................................................

tel. .................................................................... fax ......................................................................

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

Nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ……………………………………………………………………….………

Do:

**Bielskie Pogotowie Ratunkowe ul. Emilii Plater 14, 43-300 Bielsko-Biała**

1. Oferujemy wykonywanie przedmiotu zamówienia pn. „Świadczenie opieki zdrowotnej w zakresie udzielania świadczeń ratownictwa medycznego w roli podwykonawcy w ramach umowy Bielskiego Pogotowia Ratunkowego z Narodowym Funduszem Zdrowia dla obszaru powiatu żywieckiego" za cenę całkowitą:

cena brutto: ................................. zł

(słownie: .....................................................................................)

Wartość zamówienia określiliśmy w oparciu o poniższe tabele (suma z tabeli 2 i 3)

 2.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** |
| **Cena za****dobokaretkę „S" zł** | **Ilość dni realizacji usługi** | **Cena brutto zł (AxB)** | **Ilość karetek „S”** | **Wartość przedmiotu zamówienia dla karetek „S” zł (CxD)** |
|  | **31** |  |  |  |

3.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** |
| **Cena za****dobokaretkę „P" zł** | **Ilość dni realizacji usługi** | **Cena brutto zł (AxB)** | **Ilość karetek „P”** | **Wartość przedmiotu zamówienia dla karetek „P” zł (CxD)** |
|  | **31** |  |  |  |

**UWAGA: Kwota za dobokaretkę nie może przekroczyć kwot ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia**. W przypadku przekroczenia kwoty ustalonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oferta ulega odrzuceniu.

4. Miejsca wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego Podwykonawcy:

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

 Telefon ....................

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

Telefon ....................

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

Telefon ....................

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

Telefon ....................

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

Telefon ....................

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

Telefon ....................

5. Zobowiązujemy się do realizacji umowy w terminie **od** **01.10.2021 r. do 31.10.2021 r.**

 6. Akceptujemy warunki płatności podane w propozycji umowy.

7. Zapoznaliśmy się z IWK, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w IWK wymagania.

8. Jesteśmy związani niniejszą ofertą do daty wskazanej w IWK – tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

9. Zawarta w IWK treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

10. Załącznikami do niniejszej oferty są *(wymienić wszystkie załączniki)*:

 nazwa i numer dokumentu nr strony w ofercie

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

 .........................................................................

data i podpis osoby upoważnionej do składania

 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy