Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa oferenta ….................................................................................................

Adres …............................................................................Nr telefonu...................

Nr NIP..........................................nr Regon..........................................................

Oferuje wykonanie:

Transportu sanitarnego chorych „noszowanych” i „nienoszowanych” na terenie powiatu białostockiego i miasta Białystok

* cena za 1 km przebiegu ambulansu przewożącego pacjenta wraz z ratownikiem lub z kierowcą netto.....................brutto...............
* cena za 1 godzinę pracy ambulansu przewożącego pacjenta wraz z ratownikiem netto.....................brutto...............

Termin realizacji zamówienia 3 lata od dnia podpisania umowy.

Termin płatności 15 dni po prawidłowym wykonaniu prac i wystawieniu faktury

Załączniki określone w ust. 6 zapytania ofertowego

...................... dnia ............................... Podpis oferenta .....................................