**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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

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

Oferuje wykonanie:

Transportu sanitarnego chorych noszowanych i nienoszowanych na terenie Suwałk i powiatu augustowskiego, sejneńskiego i suwalskiego:

**Ceny transportu chorych za 1 km na terenie miasta Suwałki:**

* cena za 1 km transportu pacjentów noszowanych – netto.....................brutto..................
* cena za 1 km transportu pacjentów nienoszowanych – netto .....................brutto...............

**Ceny transportu chorych za 1 km poza terenem miasta Suwałki:**

* cena za 1 km transportu pacjentów noszowanych – netto.....................brutto...............
* cena za 1 km transportu pacjentów nienoszowanych – netto .....................brutto...............

Termin realizacji zamówienia 3 lata od dnia podpisania umowy.

Załączniki wg zapytania ofertowego.

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