**EZ/ZP/178/2020/RI**  Załącznik nr 2 do SIWZ

  *(Załącznik nr 1 do umowy)*

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

 *(pieczątka Wykonawcy)*

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

 *(miejscowość i data)*

 **Formularz asortymentowo- cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj zespołu ambulansu /transportu*** | ***Przewidywana ilość godzin pracy obsady ambulansu w miesiącu*** | ***Cena brutto za 1 godzinę pracy obsady ambulansu (zł /h)*** | ***Przewidywana ilość kilogramów w miesiącu*** | ***Cena brutto za 1 km przebiegu******(zł/km)*** | ***Miesięczna wartość******zamówienia brutto zł******(A x B + C x D)*** | ***Ilość miesięcy realizacji usługi*** | ***Wartość zamówienia brutto zł******(E x F)*** | ***Stawka podatku VAT w %*** |
|  |  | A | B | C | D | E | F | G | H |
| 1 | Całodobowy we wszystkie dni tygodnia w tym także niedziele i święta **transport sanitarny** – w skład zespołu wchodzi kierowca + ratownik medyczny lub sanitariusz, ambulansem do transportu pacjentów typu A2, spełniającym cechy techniczne i jakościowe określone w aktualnie obowiązującej polskiej normie przenoszącej europejskie normy zharmonizowane, zwany dalej **„zespołem T”** | 160 h |  | 4000 km |  |  | 12 |  |  |
| 2 | Całodobowy we wszystkie dni tygodnia w tym także niedziele i święta **transport sanitarny** – w skład zespołu wchodzi kierowca + ratownik medyczny lub sanitariusz, ambulansem do transportu pacjentów typu A2, spełniającym cechy techniczne i jakościowe określone w aktualnie obowiązującej polskiej normie przenoszącej europejskie normy zharmonizowane, zwany dalej **„zespołem T1” *- Karetka wykonująca tylko zlecenia wewnętrzne***  | MIESIĘCZNA STAWKA RYCZAŁTOWA: *(Przewidywana ilość kilometrów w miesiącu 1000 km)*……………… | **2** |  |  |
| 3 | W dni robocze od poniedziałku do piątku **transport sanitarny** – w skład zespołu wchodzi kierowca + osoba oddelegowana z oddziału pediatrycznego, ambulansem do transportu pacjentów typu A2, spełniającym cechy techniczne i jakościowe określone w aktualnie obowiązującej polskiej normie przenoszącej europejskie normy zharmonizowane, zwany dalej **„zespołem T pediatryczny”**Czas pracy obsady ambulansu liczony będzie jako gotowość 8 godzinna i rozliczny ryczałtem miesięcznym. | MIESIĘCZNA STAWKA RYCZAŁTOWA:……………… | 1600 km |  |  | 12 |  |  |
| 4 | Całodobowy we wszystkie dni tygodnia w tym także niedziela i święta **specjalistyczny transport sanitarny** pacjentów hospitalizowanych u Zamawiającego w celu zachowania ciągłości leczenia lub natychmiastowego podjęcia leczenia u innego świadczeniodawcy, ambulansem typu „P” ze składem osobowym i wyposażeniem zgodnym z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego oraz wymagań określonych przez płatnika publicznych świadczeń zdrowotnych, w zależności od zgłoszonych przez Zamawiającego potrzeb, zwany dalej **„zespołem R”** | 20 h |  | 700 km |  |  | 12 |  |  |
| 5 | Całodobowy we wszystkie dni tygodnia w tym także niedziela i święta **specjalistyczny transport sanitarny** pacjentów hospitalizowanych u Zamawiającego w celu zachowania ciągłości leczenia lub natychmiastowego podjęcia leczenia u innego świadczeniodawcy, ambulansem typu „S” ze składem osobowym i wyposażeniem zgodnym z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego oraz wymagań określonych przez płatnika publicznych świadczeń, zwany dalej **„zespołem S”** | 40 h |  | 1000 km |  |  | 12 |  |  |
| 6 | Całodobowy we wszystkie dni tygodnia w tym także niedziela i święta specjalistyczny **transport sanitarny noworodków** hospitalizowanych u Zamawiającego w celu zachowania ciągłości leczenia lub natychmiastowego podjęcia leczenia u innego świadczeniodawcy, karetką typu „N” ze składem osobowym i wyposażeniem zgodnym z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego oraz wymagań określonych przez płatnika publicznych świadczeń, zwany dalej **„Zespołem N”** | 40 h |  | 1000 km |  |  | 12 |  |  |
| ***RAZEM*** |  |  |  |  |

 …........................................................................................

 podpis i pieczątka Wykonawcy lub osoby upoważnionej