



Katowickie Centrum Onkologii

ul. RACIBORSKA 26 40-074 K A T O W I C E

[http://: www.kco.katowice.pl](http://www.kco.katowice.pl)

e-mail: szpital@kco.katowice.pl

Tel. 32 2511-761

Fax. 32 2514-533

K.C.O./AT/ZL/ZP/JW/ 323 / 17

Katowice dnia 15.03.2017r.

Dotyczy przetargu nieograniczonego na usługi transportu sanitarnego dla Katowickiego Centrum Onkologii.

Znak sprawy: KOC/PN/13/2017

ZMIANA TREŚCI SIWZ

Zamawiający - Katowickie Centrum Onkologii w trybie art.38 ust.4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j.: Dz. U. z 2015r., poz. 2164 z późn. zm.) dokonuje zmiany treści SIWZ w Załączniku nr 1 do SIWZ – Formularz oferty.

W załączeniu:

- Załącznik nr 1 do SIWZ – Formularz oferty - Zmiana z dnia 15.03.2017r.

DYREKTOR
Katowickiego Centrum Onkologii

lek. med. Włodzimierz Migacz

Handwritten signature

Załącznik Nr 1 do SIWZ

.....
 Nazwa i adres Wykonawcy
 Pieczęć firmowa

FORMULARZ OFERTY

Dane Wykonawcy	
Nazwa Wykonawcy i numer KRS / CEIDG	
Adres	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Nr faxu	
Nr konta bankowego	
Osoba/osoby uprawnione do podpisania umowy	

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Rodzaj transportu sanitarnego pacjentów:	* Szacunkowa ilość km/ godz. w skali 12 miesięcy	Cena jedn. netto km/godz.	Wartość netto	% VAT	Wartość brutto
Z sanitariuszem lub ratownikiem medycznym	37 200 km				
	4 800 godz.				
Bez sanitariusza (sam kierowca)	42 000 km				
	4 440 godz.				
Karetką „S”	3 120 km				
	300 godz.				

suma:

Uwaga!

* wyliczono na podstawie wykonanych transportów w okresie poprzednich 12 miesięcy.

Całkowita cena brutto (suma wartości brutto) za wykonanie przedmiotu zamówienia /cyfrą/:

..... zł

Całkowita cena brutto (suma wartości brutto) za wykonanie przedmiotu zamówienia /słownie/:

.....zł

1. Oświadczamy, że czas realizacji świadczenia transportu sanitarnego w przypadkach:

- pilnych wynosi **..... minut od zgłoszenia

Uwaga ! wymóg - czas realizacji świadczenia do 20 min.

- planowanych odbywa się punktualnie na umówioną godzinę

2. Oświadczamy, że czas dojazdu karetki S wynosi **..... minut od zgłoszenia

Uwaga! wymóg - dojazd nie później niż do 20 min.

3. Oświadczamy, że przyjmujemy warunki podane w SIWZ i nie wnosimy uwag co do jej treści oraz że posiadamy doświadczenie i zdolność do realizacji zadania.

4. Oświadczamy, że akceptujemy 30 dniowy termin płatności licząc od daty otrzymania faktury VAT przez Zamawiającego po wykonaniu usługi.

5. Oświadczamy, że gwarantujemy niezmiennosc cen brutto za 1 godzinę i za 1 km usługi transportu pacjentów z sanitariuszem, bez sanitariusza, karetką "S" przez cały okres obowiązywania umowy.

6. Oświadczamy, że ponosimy odpowiedzialność w pełnym zakresie w związku z wykonywaniem umowy w tym za roszczenia pacjentów i osób trzecich.

- miejsca oznaczone gwiazdkami (**) – należy wypełnić

.....
data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej