

Załącznik nr 2

## FORMULARZ OFERTOWY

.....  
 (nazwa i adres Wykonawcy)

Odpowiadając na zapytanie ofertowe z dnia ..... dotyczące zamówienia w zakresie wyłonienia podmiotu świadczącego usługi ratownictwa medycznego dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym na terenie gminy Bytom w woj. śląskim, funkcjonującego w ramach Centrum Operacyjno - Pomocowego wspartego nowoczesną platformą opieki TeleMED24 w ramach projektu „II EDYCJA Poprawa dostępności usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia”, który jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego przedstawiamy ofertę cenową.

**KOD CPV:** 85000000-9 Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej

Nazwa usługi	Ilość Ratowników Medycznych	Stawka netto za świadczenie usługi w jednym miesiącu	Liczba miesięcy świadczenia usługi	Wartość usługi netto	Wartość usługi brutto
I	II	III	IV	V	VI
Całodobowa usługa ratownictwa medycznego			35		
		<b>RAZEM</b>			

Oferta jest ważna 90 dni

.....  
*Podpis i pieczętka Wykonawcy*

