*Załącznik nr 1 – Formularz Oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  |
| Adres Oferenta |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**dotyczy postępowania na udzielenie zamówienia zgodnie z zasadą konkurencyjności  
w zakresie świadczenia usługi przewozowej  
realizowanych na rzecz pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w Bydgoszczy,  
zgodnie z projektem „Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opiekę domową”**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe ogłoszone przez Pallmed sp. z o. o. z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Roentgena 3, oświadczam, że spełniam wymagania stawiane Oferentowi w niniejszym zapytaniu ofertowym i składam ofertę poniższej treści **na usługę transportową realizowaną na rzecz pacjentów Dziennego Domu Opieki Medycznej w Bydgoszczy,** w celu prowadzenia przez Pallmed sp. z o. o. działalności określonej w projekcie „Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opiekę domową”.

**Ramowy termin realizacji zamówienia:** 01.07.2019 r. – 31.12.2020 r.

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi przewozowej obejmującej przewóz pacjentów  
z miejsca zamieszkania do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Bydgoszczy przy ul. Babia Wieś 20   
i z powrotem do miejsca zamieszkania.

Obszar może obejmować miasto Bydgoszcz oraz powiat bydgoski w zależności od miejsca zamieszkania pacjentów, którzy zgłoszą się do projektu.

**Suma oferty:**

netto: ……………………………………………………/ kilometr

brutto: …………………………………………………../ kilometr

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w formularzu oferty są zgodne z prawdą.

………………………………………………………….

*miejscowość, data, pieczęć i podpis osoby/osób*

*uprawnionych do podejmowania decyzji*

*w imieniu Oferenta*