**FORMULARZ OFERTY**Transport, odbiór i przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych w Regionalnym Centrum Medycznym w Białogardzie

Pełna nazwa Wykonawcy:  
Adres:   
Tel.:  
E-mail:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | Wartość zamówienia netto [z | VAT [%] | Wartość zamówienia brutto [zł |
| **1** | Odbiór i przewóz zwłok osób zmarłych w Centrum i przechowywanie w prosektorium do 72 godzin |  |  |  |
| **2** | Odbiór i przewóz zwłok osób zmarłych w Centrum i przechowywanie w prosektorium przez okres 24 godzin |  |  |  |
| **3** | Odbiór i przewóz zwłok osób zmarłych z powodu zachorowania na chorobę zakaźną np. COVID-19 i przechowywanie w prosektorium do 72 godzin |  |  |  |
| **4** | Jednorazowa usługa udostępniania sali prosektorium |  |  |  |

1. Oświadczenia Wykonawcy:
2. Akceptuję 21 dniowy termin płatności przelewem po wykonaniu zamówienia. Wynagrodzenie płatne jest za okresy miesięczne.
3. Oświadczam, że spełniam warunki zawarte w opisie przedmiotu zamówienia.