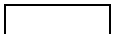


Załącznik nr 1 do SWZ		Formularz asortymentowo-cenowy			Transport sanitarny T lub P do PLRP			
KRYTERIUM/ UDZIAŁ W OCENIE CAŁKOWITEJ	Przedmiot zamówienia: usługa transportu sanitarnego typu T lub P do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych							
CENA USŁUGI/ 100 %	OBSZAR	WROCŁAW I OKOLICE DO 20 KM			POZA WROCŁAWIEM POWYŻEJ 20KM			CAŁKOWITA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA brutto ogółem za 12 miesięcy
	KRYTERIUM	LICZBA PRZEJAZDÓW			LICZBA PRZEJAZDÓW			
		liczba wyjazdów szacowana przez Zamawiającego [szt]	stawka ryczałtowa brutto za jeden przejazd [zł.]	wartość brutto za 12 miesięcy	liczba wyjazdów szacowana przez Zamawiającego [szt]	stawka ryczałtowa brutto za jeden przejazd (zł)	wartość brutto za 12 miesięcy	
		A	B	X= A x B	C	D	Y = C x D	CU=X+Y
	stawki ryczałtowe	222			38			





[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



[illegible]