

ZAMAWIAJĄCY:

Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach
ul. Asnyka 2
43-140 Łędziny
Tel. / fax: 32/ 216 77 01

WYKONAWCA

.....

.....

(pełna nazwa/firma)

FORMULARZ CENOWY

Lp.	Przedmiot zamówienia	Wartość netto	Wartość brutto
1.	Cena za dostarczenie jednego posiłku (śniadanie)		
2.	Cena za dostarczenie jednego posiłku (obiad)		
3.	Cena za dostarczenie jednego posiłku (kolacja)		
4.	Cena za całodobowe wyżywienie jednego pacjenta (suma trzech pozycji – 100% całodobowego wyżywienia)		
5.	Wartość za całość zamówienia (średnia ilość posiłków dziennie 40) 730 dni x cena za całodobowe wyżywienie dla jednego pacjenta (poz. 4) = 29 200 x cena z poz. 4		
Słownie wartość ogółem netto z poz. 5 :			
Słownie wartość ogółem brutto z poz.5 :			

Lp.	Składowa przedmiotu zamówienia	Wartość netto	Wartość brutto
1.	Cena wsadu do kotła (śniadanie jeden posiłek)		
2.	Cena wsadu do kotła (obiad jeden posiłek)		
3.	Cena wsadu do kotła (kolacja jeden posiłek)		
4.	Cena za całodobowy wsad do kotła jednego pacjenta (suma trzech pozycji – 100% całodobowego wyżywienia)		
5.	Wartość za całość wsadu do kotła (średnia ilość posiłków dziennie 40) 730 dni x cena za całodobowe wyżywienie dla jednego pacjenta (poz. 4) = 29 200 x cena z poz. 4		
Słownie wartość netto z poz. 5 :			
Słownie wartość brutto z poz. 5 :			

UWAGA :

Cena za dostarczenie posiłków nie zależy od miejsca dostarczenia, wyliczenia dokonuje się do drugiego miejsca po przecinku. Wartość z pozycji „WARTOŚĆ OGÓŁEM” przedmiotu zamówienia należy przenieść do Formularza ofertowego

....., dnia 2020 r.
(miejsowość)

.....
(podpis własnoręczny osoby uprawnionej / osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

