**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Miejsce przygotowywania posiłków (adres kuchni):** ……………………………………………………………………………………………….

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jednostka**  **miary** | **Przewidywana ilość na okres 12 miesięcy** | **Cena netto**  **za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto  w złotych**  (kol. 4 x kol. 5) | **Stawka VAT (%)** | **Cena brutto**  **za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto  w złotych**  (kol. 4 x kol. 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Śniadania | szt. | 14 965 |  |  |  |  |  |
| 2. | Obiady | szt. | 14 965 |  |  |  |  |  |
| 3. | Kolacje | szt. | 14 965 |  |  |  |  |  |
| **Całodzienne wyżywienie pacjenta**  **(suma poz. od 1 do 3)** | | | |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych** | | | |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

- komórki oznaczone kolorem szarym nie podlegają uzupełnieniu

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**