*Załącznik Nr 2 do SWZ*

**Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Przedmiot zamówienia | Wartość miesięcznej usługi netto  w zł | Stawka VAT  w % | Wartość netto przedmiotu zamówienia (12 miesięcy)  (kol.2 x 12) | Wartość podatku VAT w zł  (kol. 4 x kol. 3) | Cena oferty  (kol. 4 + kol.5) | | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | | Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni ul. Aleksandrowska 61/63 |  |  |  |  |  | | Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni ul. Tymienieckiego 18 |  |  |  |  |  | | Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni ul. Gdańska 117a |  |  |  |  |  | | Usługi świadczone zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w przychodni al. Piłsudskiego 133B |  |  |  |  |  | | **Razem (cena oferty)** | | |  |  |  | |  |  |  |

***Uwaga!*** *Przy sporządzaniu formularza cenowego należy podać wszystkie wartości do dwóch miejsc po przecinku. Składając ofertę należy pamiętać   
o pełnym i dokładnym wypełnieniu wszystkich pozycji. Podane ceny powinny uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.*

Wynagrodzenie (wartość przedmiotu zamówienia) netto za 12 miesięcy: (słownie: .

kwota podatku VAT: (słownie: )

**CENA OFERTY BRUTTO za 12 miesięcy słownie: ).**

…………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………..

miejscowość, data czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy  
 lub imienna pieczątka z parafką