**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**na**

**Usługę kompleksowego *utrzymania czystości oraz prac pomocniczych dla Szpitali Pomorskich Sp. z o. o. w lokalizacji Szpital Św. Wincentego a’ Paulo w Gdyni***

**SPOSÓB OBLICZENIA CENY:**

**Kol. 7 = kol. 5 x kol. 6**

**Kol. 8 = kol. 7 x 36 miesięcy**

**Kol. 10 = kol. 8 powiększona o podatek VAT z kol. 9**

**Wiersz „RAZEM” – suma poszczególnych wierszy z kol. „Wartość netto za 36 miesięcy” i „Wartość brutto za 36 miesięcy”**

**Ceny winny być podane w walucie polskiej, zaokrąglone w razie potrzeby do dwóch miejsc po przecinku.**

**\*) W celu umożliwienia weryfikacji przez Zamawiającego prawidłowości przeprowadzonych przeliczeń rachunkowych przez Wykonawcę, Zamawiający wymaga, aby w przypadku, jeśli oferowany asortyment składa się z elementów opodatkowanych różnymi stawkami podatku VAT, Wykonawca wyszczególnił w formularzu asortymentowo-cenowym poszczególne elementy lub akcesoria o różnych stawkach podatku VAT, dodając odpowiednią ilość wierszy, a następnie sumując podane wartości w wierszu „RAZEM”**

\*\*) Szczegółowy wykaz powierzchni przewidzianych do sprzątania z podziałem na Powierzchnię użytkową bez czynności przy pacjencie i z czynnościami przy pacjencie wskazano w załączniku nr 1 do OPZ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Okres usługi\*/\*\*** | **Rodzaj powierzchni podlegającej usłudze\*/\*\*** | **Miesięczna ilość powierzchni podlegającej usłudze\*/\*\* liczona w m2** | **Cena netto  za 1m2 wykonania usługi\*/\*\*** | **Miesięczna cena netto wykonania usługi\*/\*\*** | **Wartość usługi \*/\*\* netto  za 36 miesięcy** | **% VAT** | **Wartość usługi\*/\*\* brutto  za 36 miesięcy** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1. | Usługa kompleksowego sprzątania, utrzymania czystości, higieny szpitalnej, dezynfekcji powierzchni poziomych i pionowych\*/\*\* | **36**  miesięcy | **Część biała 100% lub 95% (bez czynności przy pacjencie)** | **12 063,00** |  |  |  |  |  |
| **Część biała**  **5% (z czynnościami przy pacjencie)** | **509,61** |  |  |  |  |  |
| **Część szara** | **3 314,00** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | |  |  |  |

**Razem:**

……………… PLN netto ( słownie: ………………………………………………………………………………………… )

Podatek VAT …………… %

……………… PLN brutto ( słownie:…………………………………………………………………………………..…….. )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy** | | |
| Imię i Nazwisko | Data | Podpis |
|  |  |  |