**Zamawiający:**

**Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach**

ul. Dworcowa 31

44-145 Pilchowice

„**Świadczenie usług w zakresie przygotowania i dostaw posiłków dla pacjentów**

**Szpitala Chorób Płuc w Pilchowicach”**

**FORMULARZ KALKULACYJNO - CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa posiłku | Szacunkowa ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto  *(3x4)* | Stawka VAT  (%) | Podatek VAT  *(zł)* | Wartość brutto  *(5+6)* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  | 6 | 7 |
| 1 | Śniadanie | **28 372** |  |  |  |  |  |
| 2 | Obiad | **30 127** |  |  |  |  |  |
| 3 | Kolacja | **29 220** |  |  |  |  |  |
| Razem | | | |  |  |  |  |

plik należy podpisać kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy