Załącznik nr 3 do SIWZ

ZP/PN/18/2020

Kalkulacja ceny:

**„Pomoc pod nadzorem personelu medycznego w opiece przy pacjencie, zapewnienie transportu wewnętrznego oraz kompleksowe sprzątanie obiektów dla Szpitala Specjalistycznego Nr 1**

**w Bytomiu wraz ze stałym uzupełnianiem dozowników ściennych, podajników i wkładów”**

Nazwa Wykonawcy :…… ……………………………………………………………………………

Adres: ……..………………………………………………………………………………………….

1. Maksymalna Wartość usługi na miesiąc:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ USŁUGI** | **ILOŚĆ ŁÓŻEK**  **w szt.** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO  w zł** | **WARTOŚĆ NETTO  w zł** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO  w zł** |
| 1. | Pomoc pod nadzorem personelu medycznego w opiece przy pacjencie oraz zapewnienie transportu wewnętrznego | 348 |  |  | Zw. |  |
| 2. | Kompleksowe sprzątanie obiektów dla Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu oraz stałe uzupełnianie dozowników ściennych, podajników i wkładów | 14 144,55 |  |  | 23% |  |
| RAZEM : | | | |  |  |  |

1. Maksymalna Wartość usługi na 36 miesięcy:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PLANOWANY OKRES  W MIESIĄCACH** | **MIESIĘCZNA WARTOŚĆ NETTO  w zł** | **MIESIĘCZNA WARTOŚĆ BRUTTO  w zł** | **WARTOŚĆ NETTO ZA OKRES 36 MIESIĘCY w zł** | **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO ZA OKRES 36 MIESIĘCY  w zł** |
| **1.** | 36 |  |  |  | Zw. i 23% |  |
| RAZEM**\*** : | | | |  | --------------- |  |

**\*Uwaga:**

RAZEM- kwotę tą należy wpisać w formularzu ofertowym w pozycji wartość świadczenia usługi   
w okresie obowiązywania umowy (36 miesięcy)

(**tak podana kwota będzie brana pod uwagę przy ocenie i porównaniu ofert)** - pkt. 3.1

e) koszt każdego dodatkowego uzupełnienia dozownika ściennego, podajnika lub wkładu:

wartość netto: …………….zł, w tym, podatek VAT: 23%   
wartość brutto: ……………………..zł,

(kwalifikowany podpis elektroniczny)